

ДВНЗ “УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ”  
СТОМАТОЛОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
УНІВЕРСИТЕТСЬКА СТОМАТОЛОГІЧНА ПОЛІКЛІНІКА  
(УЖГОРОД, УКРАЇНА)  
АСОЦІАЦІЯ СУДОВОЇ СТОМАТОЛОГІЇ УКРАЇНИ  
АСОЦІАЦІЯ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІВ УКРАЇНИ  
НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ ТА АСПІРАНТІВ  
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ УЖНУ

# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ**

МАТЕРІАЛИ VI МІЖНАРОДНОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ  
20-22 квітня 2017 р.

*УЖГОРОД-2017*

**Редакційна колегія:**

*Ректор ДВНЗ «Ужгородський національний університет», д.мед.н., проф. –*

**В.І. Смоланка**

*Декан стоматологічного факультету УжНУ, д.мед.н., проф. –*

**Є.Я. Костенко**

*Завідувач кафедри стоматології післядипломної освіти з курсом терапевтичної та ортопедичної стоматології, д.мед.н., проф. –*

**А.М. Потапчук**

*Завідувач кафедри стоматології дитячого віку, д.мед.н., проф. –*

**О.В. Клітинська**

*Голова Наукового товариства студентів та аспірантів стоматологічного факультету УжНУ – А.І. Лях*

*Секретар Науково-навчального центру судової стоматології –*

**М.Ю. Гончарук-Хомин**

**Оргкомітет:**

*Ректор ДВНЗ «Ужгородський національний університет», д.мед.н., проф. –*

**В.І. Смоланка**

*Декан стоматологічного факультету УжНУ, д.мед.н., проф. –*

**Є.Я. Костенко**

*Завідувач кафедри стоматології післядипломної освіти з курсом терапевтичної та ортопедичної стоматології, д.мед.н., проф. –*

**А.М. Потапчук**

*Завідувач кафедри стоматології дитячого віку, д.мед.н., проф. –*

**О.В. Клітинська**

*Голова організаційного комітету, координатор науково-практичної роботи, к.мед.н., доц. - С.Б. Костенко*

*Голова Наукового товариства студентів та аспірантів стоматологічного факультету УжНУ – А.І. Лях*

*Секретар Науково-навчального центру судової стоматології –*

**М.Ю. Гончарук-Хомин**

*Голова Ужгородського осередку Асоціації студентів стоматологів України –*

**О.Є. Костенко**

*Заступник голови Наукового товариства студентів та аспірантів стоматологічного факультету УжНУ – П.П. Субота*

*Секретар Наукового товариства студентів та аспірантів стоматологічного факультету УжНУ – А.Ф. Шевченко*

© В.І. Смоланка, Є.Я. Костенко 2017

© Ужгородський національний університет, 2017

UZHHOROD NATIONAL UNIVERSITY  
FACULTY OF DENTISTRY  
UNIVERSITY DENTAL CLINIC (UZHHOROD, UKRAINE)  
DENTAL STUDENT ASSOCIATION (UKRAINE)  
ASSOCIATION OF FORENSIC DENTISTRY (UKRAINE)  
SCIENTIFIC SOCIETY OF STUDENTS AND ASPIRANTS OF FACULTY  
OF DENTISTRY (UZHNU)

# **PRESSING TOPICS OF ACADEMIC AND PRACTICAL DENTISTRY**

MATERIALS OF V INTERNATIONAL CONFERENCE OF DENTISTRY  
OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS  
April 20-22, 2017

*UZHHOROD, 2017*

**Editorial Board:**

*Chancellor of the Uzhhorod National University, Doctor of Medical Sciences,  
Professor – V.I. Smolanka*

*Dean of the Department of Dentistry of the Uzhhorod National University, Doctor of  
Medical Sciences, Professor – Ye.Ya. Kostenko*

*Head of the Department of Postgraduate Dental Education with the Course of  
Therapeutic and Orthopedic Dentistry, Doctor of Medical Sciences, Professor – A.M.  
Potapchuk*

*Head of the Department of Pediatric Dentistry, Doctor of Medical Sciences, Professor  
– O.V. Klitynska*

*Head of the Scientific Community of Students and Postgraduates of the Faculty of  
Dentistry of the Uzhhorod National University – A.I. Liakh*

*Secretary of the Scientific and Educational Center of Forensic Dentistry – M.Yu.  
Honcharuk-Khomyn*

**Organizing Committee:**

*Chancellor of the Uzhhorod National University, Doctor of Medical Sciences,  
Professor – V.I. Smolanka*

*Dean of the Department of Dentistry of the Uzhhorod National University, Doctor of  
Medical Sciences, Professor – Ye.Ya. Kostenko*

*Head of the Department of Postgraduate Dental Education with the Course of  
Therapeutic and Orthopedic Dentistry, Doctor of Medical Sciences, Professor – A.M.  
Potapchuk*

*Head of the Department of Pediatric Dentistry, Doctor of Medical Sciences, Professor  
– O.V. Klitynska*

*Chairman of the Organizing Committee, coordinator of scientific and practical work,  
PhD, Associate Professor – S.B. Kostenko*

*Head of the Scientific Community of Students and Postgraduates of the Faculty of  
Dentistry of the Uzhhorod National University – A.I. Liakh*

*Secretary of the Scientific and Educational Center of Forensic Dentistry – M.Yu.  
Goncharuk-Khomyn*

*Head of the Uzhhorod Center of the Ukrainian Dental Students Association – O.Ye.  
Kostenko*

*Deputy Head of the Scientific Community of Students and Postgraduates of the Faculty  
of Dentistry of the Uzhhorod National University – P.P. Subota*

*Secretary of the Scientific Community of Students and Postgraduates of the Faculty of  
Dentistry of the Uzhhorod National University – A.F. Shevchenko*

© V.I. Smolanka, Ye.Ya. Kostenko 2017

© Uzhhorod National University, 2017

## ПРОГРАМА ДОПОВІДЕЙ КОНФЕРЕНЦІЇ

### **1.КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА НОВОУТВОРЕНЬ ЯЗИКА У ДІТЕЙ**

Ткаченко П.І., Старченко І.І., Білоконь С.О., Беляєв І.С., Білоконь Ю.С.

### **CLINICAL AND MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE TONGUE TUMORS IN CHILDREN**

P. I. Tkachenko, I.I. Starchenko, S.O. Bilokon', I.S. Belyaev, Y.S. Belokon'

### **2.КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СКЛЕРОЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ГЕМАНГІОМ ОБЛИЧЧЯ У ДІТЕЙ**

Гоголь А.М.

### **CLINICAL AND MORPHOLOGICAL FEATURES OF FACIAL HEMANGIOMAS SCLEROSING TREATMENT AMONG CHILDREN**

A.M. Gogol

### **3.ВПЛИВ ДИСПЛАСТИЧНОГО СКОЛІОЗУ НА ХІМІЧНИЙ СКЛАД ЕМАЛІ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ**

Коротич Н.М., Лохматова Н.М.

### **THE IMPACT OF DYSPLASTIC SCOLIOSIS ON THE ENAMEL CHEMICAL COMPOSITION OF PERMANENT TEETH**

N.M.Korotych, N.M. Lohmatova

### **4.ОЦІНКА ПАРАМЕТРІВ ДОПЛЕРОГРАМИ ДРІБНИХ СУДИН ПРИВУШНИХ СЛИННИХ ЗАЛОЗ У ДІТЕЙ НА ТЛІ ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ**

Ткаченко П.І., Попело Ю.В., Лохматова Т.М.

### **EVALUATION OF DOPPLER IMAGING PARAMETERS OF SMALL VESSELS IN THE STRUCTURE OF PAROTID GLANDS AMONG CHILDREN TREATED BY MULTIAGENT CHEMOTHERAPY.P.I.**

Tkachenko, Y.V. Popelo, T.N. Lohmatova

### **5.РОЛЬ ЦИТОКІНІВ РОТОВОЇ РІДИНИ В РЕАЛІЗАЦІЇ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ЗАПАЛЕННЯ В ЛІМФАТИЧНОМУ ВУЗЛІ**

Ткаченко П.І., Доброскок В.О.

### **THE ROLE OF THE ORAL FLUID CYTOKINES IN THE DEVELOPMENT OF ACUTE PURULENT INFLAMMATION IN THE LYMPH NODE**

P.I. Tkachenko, V.A. Dobroskok

**6.СТРЕС-РЕАКЦІЯ У ДІТЕЙ ПЕРЕД ОПЕРАТИВНИМ  
ВТРУЧАННЯМ ПРИ ГОСТРІЙ ОДОНТОГЕННІЙ ПАТОЛОГІЇ**

Ткаченко П.І., Доброскок В.О.

**THE STRESS REACTION IN CHILDREN BEFORE SURGERY  
DURING ACUTE ODONTOGENIC PATHOLOGY**

P.I. Tkachenko, V.A. Dobroskok

**7.НАЙБЛИЖЧІ НАСЛІДКИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ  
ХРОНІЧНОГО КАТАРАЛЬНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ З  
ЗАСТОСУВАННЯМ ЛІЗЛМУКОЇДУ**

Ткаченко П.І., Лохматова Н.М.

**SHORT-TERM EFFECTS OF TREATING CHRONIC CATARRHAL  
GINGIVITIS IN CHILDREN USING LISOMUCOSD**

P.I. Tkachenko, N.M. Lohmatova

**8.ВПЛИВ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ НА ЯКІСНІ  
ПАРАМЕТРИ КЛІТИННОГО СКЛАДУ ЯСЕННИХ  
ЕПІТЕЛІОЦИТІВ**

Радчук В.Б.

**IMPACT OF METAL STRUCTURES ON THE QUALITY  
PARAMETERS OF GINGIVAL EPITHELIAL CELL COMPOSITION**

V.B. Radchuk

**9.ДОСВІД ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГІНГІВІТУ  
У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Кривенко Л.С.

**THE EXPERIENCE OF OPTIMIZING THE TREATMENT OF  
CHRONIC GINGIVITIS IN CHILDREN WITH ATOPIC DISEASES**

L.S. Kryvenko

**10.СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ СТВОРЕННЯ  
ТКАНИННОІНЖЕНЕРНИХ ТРАНСПЛАНТАТІВ**

Панькевич А.І., Колісник І.А.

**CURRENT TRENDS OF TISSUE-ENGINEERING GRAFTS  
FORMATION**

A.I. Pankevych, I.A. Kolesnyk

**11.ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ  
ВИНИКНЕННЯ МОЛЯРНО-РІЗЦЕВОЇ ГІПОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ У  
ДІТЕЙ**

Олійник Т.І.

**FEATURES OF DIAGNOSTICS AND RISK PREDICTION OF THE  
MOLAR-INCISAL HYPOMINERALIZATION AMONG CHILDREN**

T.I. Oliynyk

**12.АНАЛІЗ РОБОТИ ХІРУРГІЧНОГО КАБІНЕТУ ЗОКСП М.  
УЖГОРОДА ЗА 2011-2016 РОКИ**

Гелей В.М.

**ANALYSIS OF SURGICENTER FUNCTION AT THE UZHGOROD  
ZRCSP DURING 2011-2016**

V.M. Heley

**13.МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД ПРИ РЕАБЛІТАЦІЇ  
ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНИХ РЯДІВ, УСКЛАДНЕНИМИ  
ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ**

Біда О.В.

**MULTIDISCIPLINARY APPROACH DURING THE  
REHABILITATION OF PATIENTS WITH DENTITION DEFECTS  
COMPLICATED WITH THE DENTOFACIAL DEFORMITIES**

O.V. Bida

**14.ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗМІН У  
ВЕРХІВКОВОМУ ПЕРІОДОНТІ**

Жеро Н.І.

**DIAGNOSTIC FEATURES OF DESTRUCTIVE CHANGES IN THE  
APICAL PERIODONT**

N.I. Zhero

**15. ОЦІНКА ЗВ'ЯЗКІВ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ ІЗ  
ЗАХВОРЮВАННЯМ НА ГІНГІВІТ У ОСІБ ВІКОМ 18 – 29 РОКІВ  
СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МІСТА УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО  
РАЙОНУ.**

Бабиш С.А

**EVALUATION OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN  
ENVIRONMENTAL FACTORS AND GINGIVITIS AMONG**

**INDIVIDUALS AGED 18 – 29 YEARS WITHIN THE POPULATION OF UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT.**

S.A. Babych

**16.ВСТАНОВЛЕННЯ ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ КАРІЄСОМ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ М. УЖГОРОДА ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ ЗА 2011-2015 РР.**

Бедей В. В.

**VERIFICATIONN OF CONSISTENT PATTERNS OF CARIES DISEASEAMONG CHILDREN AND ADOLESCENT OF UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT DURING 2011-2015.**

V.V. Bedey

**17.ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ТА СТУДЕНТІВ ІНШИХ ФАКУЛЬТЕТІВ УЖНУ.**

Білинський О. Я., Добровольська М.К.

**COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF DENTAL STATUS OF STUDENTS OF FACULTY OF DENTISTRY AND STUDENTS OF OTHER FACULTIES OF UZHNU.**

O.Y. Bilynskyi, M.K.Dobrovolska

**18.ВИКОРИСТАННЯ МІКРОПРОТЕЗУВАННЯ УСТОМАТОЛОГІЧНИХ КЛІНІКАХ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА.**

Бульбук О.В., Бульбук О.І.

**A REVIEW OF USING DENTAL INLAYS/ONLAYS IN THE IVANO-FRANKIVSK CLINICS.**

O.V. Bulbuk, O.I. Bulbuk

**19.МІНЕРАЛЬНІ ВОДИ ЗАКАРПАТТЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.**

Демчик І. М.

**MINERAL WATER IN COMPLEX PREVENTION OF MAJOR DENTAL DISEASES.**

I.M. Demchyk

**20.РОТОВА РІДИНА У ДІТЕЙ 3-5 РОКІВ ХВОРИХ НА РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ.**

Демянчук Ю.В., Станкович П.І., Левченко А.-О.Ю., Кантор Н.І., Токар В.В., Грига М.М.

**ORAL FLUID IN CHILDREN AGED 3-5 YEARS WHO SUFFER FROM REFLUX DISEASE.**

Y.V. Demianchuk, P.I. Stankovych, A.-O. Levchenko, N.I. Kantor, V.V.Tokar, M.M. Griga

**21.ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ХАРЧУВАННЯ ТА ІНШИХ ФАКТОРІВ ПОБУТУ І ДОВКІЛЛЯ НА ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ПЕРІОДОНТИТУ СЕРЕД ОСІБ ВІКОМ ВІД 24-29 РОКІВ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ.**

Гайналій А.В.

**FEATURES OF INFLUENCE OF NUTRITION AND OTHER FACTORS OF LIFE AND THE ENVIRONMENT FOR THE EMERGENCE AND SPREADRELATIONS OF PERIODONTITIS IN PEOPLE AGED 24 TO 29 YEARS THE POPULATION OF C.UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT.**

A.V. Gaynaliy

**22.УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СУЧАСНОЇ ВОГНЕПАЛЬНОЇ РАНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.**

Гецько Ю. Ю.

**IMPROVED METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MODERN GUNSHOT WOUN OF MAXILLOFACIAL AREA .**

Y.Y. Hetsko

**23.ОЦІНКА РІВНІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ПАРАДОНТИТ ЗА 2011-2015 РР.**

**СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ ВІКОМ 30-45 РОКІВ.**

Грицик А.О.

**EVALUATION OF PERIODONTITIS MORBIDITY AMONG POPULATION OF UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT AGED 30-45 YEARS DURING 2011-2015.**

A.O.Hritsik

**24.ОСОБЛИВОСТІ ЕТИОПАТОГЕНЕЗУ АНОМАЛІЙНОГО ПОЛОЖЕННЯ ІКОЛ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.**

Іваськевич В.З.

**SPECIFICS OF PATHOGENESIS OF ABNORMAL POSITION OF MAXILLAR CANINES.**

Ivaskevych V.Z.

**25.НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНІ ПРИЧИНИ ЗВЕРНЕННЯ ДІТЕЙ ЗАСТОМАТОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ У М. УЖГОРОД.**

Кий М.М., Кедик Р.Є., Луців О.В., Хохол В.Я., Бордаш А.М., Ребриш Т.Ю.

**THE MOST COMMON REASONS FOR SEEKING CHILDREN FOR DENTAL CARE IN UZHGOROD.**

M. M. Kyi, R. Ye. Kedyk, O. V Lutsiv, A.M.Bordash, V. Y. Khokhol, T. U. Rebrysh

**26.МАТЕМАТИЧНІ РОЗРАХУНКИ ОПОРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ІНКОГРУЕНТНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ ОПОРНИХ КОНСТРУКЦІЙ.**

Костенко Є.Я., Гаврилешко К.І., Гецько Ю.Ю.

**MATHEMATIC CALCULATION OF THE LOAD INCONGRUENTLY ELEMENTS WITHIN ABUTMENT DENTURE CONSTRUCTIONS.**

Y. Y. Kostenko, K. I. Havryleshko, Y. Y. Hecko

**27.ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИКОРИСТАННЯ ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ З АТРАВМАТИЧНИМ ПРОТЕЗНИМ ЛОЖЕМ ПРИ ДВОХЕТАПНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ НА БЕЗЗУБИХ ЩЕЛЕПАХ.**

Марушинець Я.Я., Нагірний Д.А.

**EXPERIMENTAL USE OF COMPLETE REMOVABLE DENTURES WITH NONINVASIVE PROSTHETIC BED DURING TWO-STAGE IMPLANTATION ON THE TOOTHLESS JAW.**

Y. Y. Marushynets., D.A. Nahyirnuy

**28.КОРЕЛЯЦІЙНА ЗАЛЕЖНІСТЬ ЗАЖИВЛЕННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТА ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИБОРУ, ПАРАМЕТРІВ ТА ТИПУ ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ.**

Нагірний Д.А., Марушинець Я.Я.

**CORRELATION PERIODONTAL TISSUE HEALING AFTER SURGERY DEPENDING ON THE CHOICE, PARAMETERS AND TYPE OF SUTURE MATERIAL.**

Y. Y. Marushynets., D.A. Nahyirnuy

**29.МОНІТОРИНГ ВИЗНАЧЕННЯ КРИТЕРІЇВ ЯКОСТІ  
ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ КТ  
ДІАГНОСТИКИ У МЕШКАНЦІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ.**

Папарига О. І.

**MONITORING OF ENDODONTIC TREATMENT QUALITY  
CRITERIA WITH THE USE OF CT DIAGNOSTICS AMONG  
RESIDENTS TRANSCARPATHIAN REGION.**

О. Paparyha

**30.ОСОБЛИВОСТІ ЗВ'ЯЗКІВ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ ІЗ  
ЗАХВОРЮВАНІСТЮ НА ПУЛЬПІТ В ОСІБ ВІКОМ ВІД 15 ДО 17  
РОКІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. УЖГОРОД ТА  
УЖГОРОДСЬКОГО.**

Пензелик І.В.

**FEATURES OF RELATIONS BETWEEN ENVIRONMENTAL  
FACTORS AND PULPITIS RATE IN PERSONS AGED 15 TO 17  
YEARS AMONG THE POPULATION OF UZHGOROD AND  
UZHGOROD DISTRICT.**

I.V. Penzelyk

**31.ВПЛИВ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ НА ЯКІСНІ  
ПАРАМЕТРИ КЛІТИННОГО СКЛАДУ ЯСЕННИХ  
ЕПІТЕЛІОЦИТІВ.**

Радчук В.Б., Гасюк Н.В.

**THE INFLUENCE OF METAL-CERAMIC CONSTRUCTION ON  
QUALITY PARAMETERS OF GINGIVAL EPITHELIAL CELL  
COMPOSITION.**

V.B. Radchuk, N.V. Hasiuk.

**32.МЕТОДИ НЕРУЙНІВНОГО КОНТРОЛЮ ОЦІНКИ ЯКОСТІ  
ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ.**

Стерчо Е. В.

**NON-DESTRUCTIVE METHODS OF ASSESSING THE QUALITY OF  
PROSTHETIC CONSTRUCTIONS.**

E.V. Stercho

**33.ПРІОРИТЕТИ РОВИТКУ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ  
ПОСЛУГ В УКРАЇНІ: ЕКОНОМІЧНИЙ АСПЕКТ.**

Яцко М. В., Яремчук Н. В.

**PRIORITIES OF DENTAL SERVICE DEVELOPMENT IN UKRAINE:  
ECONOMICAL ASPECT.**

M.V. Yatsko, N.V. Yaremchuk

**34. КОЛОНІЗАЦІЙНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ПОРОЖНИНИ РОТА У  
ДІТЕЙ З НЕЗРОЩЕНИМ ПІДНЕБІННЯМ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА  
ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ.**

Євтіхов Ю.Ю., Ортинський Н.В., Паращинець М.В., Кузьмічов Е.О.,  
Кривецький В.В.

**COLONIZATIONAL RESISTANCE OF MOUTH CAVITY AMONG  
CHILDREN WITH A SYMPHYTOUS PALATE, WHO ARE  
UNDERGOING ORTHODONTIC TREATMENT.**

Y.Y. Evtikhov, N.V. Ortynskiy, N.V. Parashchynets, E.O. Kyzmichov, V.V.  
Kryvetskyi

**35. ЗАСТОСУВАННЯ БІОМАТЕРІАЛІВ КЛАСУ GIOMER В  
КЛІНІЦІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ.**

Самойленко А. В., Романюта І. А., Соловійова О.Ю.

**THE USE OF GIOMER BIOMATERIALS AT THE CLINIC OF  
RESTORATIVE DENTISTRY.**

A.V. Samoilenko, I.A. Romanuta, O.Y. Soloviova O. Y.

**36. ЗАСТОСУВАННЯ ТУНЕЛЬНОГО ПРЕПАРУВАННЯ  
КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН П КЛ ЗА БЛЕКОМ У ТЕРАПЕВТИЧНІЙ  
СТОМАТОЛОГІЇ ЯК СКЛАДОВА МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ  
ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ.**

БуньОрестВікторович

**THE USING OF TUNNEL PREPARATION IN I CLASS CAVITIES BY  
BLA SKIN THERAPEUTIC DENTISTRY AS PART OF MINIMALLY  
INVASIVE TREATMENTS FOR PATIENTS.**

Bun Orest

**37. СИСТЕМАТИЗАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕФЕКТИВНОСТІ  
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ  
ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ У СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.**

Домише М.Ю, Брехлічук П.П

**THE SYSTEMATIZATION OF EFFICACY RESULTS DURING THE  
USE OF TRANSCRANIAL ELECTRICAL STIMULATION METHOD  
IN DENTAL PRACTICE.**

Domyshe M.Y, Brekhlichuk P.P

**38.ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФІНІШНОЇ ОБРОБКИ  
КОМПОЗИТНИХ РЕСТАВРАЦІЙ РІЗНИМИ ПОЛІРУВАЛЬНИМИ  
СИСТЕМАМИ ШЛЯХОМ ГРАФІЧНОГО АНАЛІЗУ ЦИФРОВИХ  
ЗОБРАЖЕНЬ.**

Гангур І.

**EVALUATION OF COMPOSITE RESTORATION FINISHING  
QUALITY WITH THE USE OF DIFFERENT POLISHING SYSTEM BY  
THE GRAPHICAL ANALYSIS OF DIGITAL IMAGES.**

Gangur I.

**39.ОЦІНКА КОРЕЛЯЦІЙНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ХІМІЧНОГО  
СКЛАДУ ТА ТИПУ РОЗЧИННИКА АДГЕЗИВНОЇ СИСТЕМИ НА  
МОЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ  
МЕТОДІВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ У СТОМАТОЛОГІЇ.**

Маруха Р.Ю.

**ASSESSMENT OF CHEMICAL CORRELATIONS AND TYPE OF  
SOLVENT IN POSSIBILITY OF IDENTIFICATION  
SPECTROFOTOMETRIC METHODS IN DENTISTRY.**

Maruha R. Yu.

**40.КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО  
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА  
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ.**

Вучкан О.В.

**COMPLEX TREATMENT SHARPENING CHRONIC GENERALIZED  
PERIODONTITIS PATIENTS WITH DIABETES.**

O.V. Vuchkan

**41.ПРОФІЛАКТИКА ГАЛЬВАНІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ В РОТОВІЙ  
ПОРОЖНИНІ ШЛЯХОМ ІДЕНТИФІКАЦІЇ МЕТАЛЕВИХ  
СПЛАВІВ**

Богдам І.М.

**PREVENTION GALVANIC COMPLICATIONS IN THE MOUTH BY  
IDENTIFYING METAL ALOYS**

I.M. Bohdan

**42.КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗУБНИХ ЩІТОК З ВИСОКОЮ  
ГУСТИНОЮ ЩЕТИН.**

Копачинська А. Р., Кушніренко М. О.

**CLINICAL EFFICACY OF TOOTHBRUSHES WITH HIGH-DENSITY BRISTLES.**

Kopachynska A. R, Kushnirenko M. O.

**43. ДОСВІД ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМИ ЗАХВОРИЮВАННЯМИ.**

Кривенко Л.С.

**EVIDENCE OF OPTIMIZATION OF CHRONIC GINGIVITIS TREATMENT IN CHILDREN WITH ATOPIC DISEASES.**

Kryvenko L.S.

**44. ОЦІНКА СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ, ЯК ОДИН ІЗ ПРЕДИКТОРІВ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ.**

Маркевич С.А.

**EVALUATION OF AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM CONDITION AS ONE OF THE PREDICTORS OF DENTAL DISEASE.**

S.Markevych

**45. АНАЛІЗ ЕТІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОМІЄЛИТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЄПИ.**

С.Ю. Петрецька

**ANALYSIS OF ETIOLOGICAL AGENTS OF TRAUMATIC MANDIBULAR OSTEOMYELITIS.**

S.Yu. Petretska, Y.Y.Hetsko

**46. ОБГРУНТУВАННЯ ПРЕВЕНТИВНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ФІСУРНОГО КАРІЄСУ У ПІДЛІТКІВ ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ЗОНІ БІОГЕОХІМІЧНОГО ДЕФІЦИТУ ФТОРУ ТА ЙОДУ.**

Шеверя С.М., Мухіна Я.О.

**RATIONALE FOR PREVENTION PREVENTIVE FISSURE CARIES IN ADOLESCENTS LIVING IN DEFICIT AREA BIOGEOCHEMICAL FLUORINE AND IODINE.**

Mukhina Yaroslava, Sheveria Stepan.

**47. ОБГРУНТУВАННЯ ВПЛИВУ БІОГЕОХІМІЧНОГО ДЕФІЦИТУ ФТОРУ ТА ЙОДУ НА СТРУКТУРУ ТА ФУНКЦІЇ ЕМАЛІ ЗУБІВ.**

Шетеля В.В.

**JUSTIFICATION OF EXPOSURE BIOGEOCHEMICAL FLUORINE AND IODINE ON THE STRUCTURE AND FUNCTION TOOTH ENAMEL.**

Shetelya V.V.

**48. МІКРОМІНЕРАЛІЗУЮЧИЙ ПОТЕНЦІАЛ РОТОВОЇ РІДИНИ ЯК МАРКЕР РОЗВИТКУ КАРІЄСУ.**

Шешукова О.В., Бауман С.С.

**MICROMINERALIZATION POTENTIAL OF ORAL FLUID AS A MARKER OF CARIES DEVELOPMENT.**

O.V. Sheshukova, S.S. Bauman

**49. ЛОЖКА ДЛЯ ЗНЯТТЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ВІДБИТКІВ ТА МЕТОДИКА ЇЇ ЗАСТОСУВАННЯ.**

Локота М.Є., Маляр А.В., Микуляк П.П., Вовчок Р.В.

**TRAY FOR TAKING DENTISTRY IMPRESSIONS AND METHODS OF ITS APPLICATION.**

Lokota M.Ye., Maliar A.V., Mykuliak P.P., Vovchok R.V.

**50. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКОГО КАРІЄСУ З ВИКОРИСТАННЯМ ОЗОНОТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ЗУБІВ ПІД ОРТОПЕДИЧНІ КОНСТРУКЦІЇ.**

Локота М.Є., Шкварок Ю.С.

**COMPLEX TREATMENT OF DEEP CARIES WITH THE APPLICATION OF OZONE THERAPY IN THE PROCESS OF PREPARATION OF TEETH TO THE ORTHOPEDIC CONSTRUCTIONS.**

Lokota M.Ye., Shkvarok Yu.S.

**51. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВІДБИТКОВОЇ РОЗБІРНОЇ ЛОЖКИ ДЛЯ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ТА ЇЇ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ.**

Локота Ю.Є.

**PECULIARITIES OF APPLICATION OF IMPRESSION SECTIONAL SPOON FOR UPPER JAW AND ITS FUNCTIONAL FEATURES.**

Lokota Yu. Ye.

**52. ОБГРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ФІСУРНОГО КАРІЄСУ З УРАХУВАННЯМ ОДОНТОГЛІФІЧНОЇ БУДОВИ ЗУБІВ ТА МІНЕРАЛІЗУВАЛЬНОГО ПОТЕНЦІАЛУ СЛИНИ.**

Стецик М.О.

**RATIONALE FOR PREVENTION CARRIES OF FISSURE  
CONSIDERING ODONTOHLIFIC STRUCTURE OF TEETH AND  
SALIVA MINERALIZATION POTENTIAL.**

M.O. Stetsyk

**53.КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ  
ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З  
ДЕФЕКТАМИ ЗУБНОГО РЯДУ В ЕСТЕТИЧНІЙ ОБЛАСТІ.**

Бокоч А. В; Мурга І. Я.

**COMPREHENSIVE APPROACH TO PROSTHETIC TREATMENT  
AND REHABILITATION OF DENTAL PATIENTS WITH DENTITION  
DEFECT IN THE AESTHETIC AREA.**

A.V. Bokoch; I. Y. Murha

**54.ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ  
АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ  
ПЕРІОСТИТУ.**

Гелей В.М., Гелей Н.І.

**EVALUATION OF CLINICAL EFFICIENCY ANTIHOMOTOXIC  
PREPARATIONS IN THE TREATMENT OF PERIOSTITIS.**

V.M. Heley, N.I. Heley

**55.КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ  
ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.**

Гелей Н.І., Гелей В.М.

**TREATMENT OF PERIODONTAL ABSCESS COMPLEX USING  
ANTIOMOTOXIC PREPARATIONS.**

N.I. Heley, V.M. Heley

**56.ВИВЧЕННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ  
ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У СТУДЕНТІВ З  
ОРТОДОНТИЧНИМ ЛІКУВАННЯМ.**

Горзов С. С., Горзов В. В., Лінтур К. М., Катона Т. М., Снитюк Ю. В.

**THE RESEARCH OF THE BONE MINERAL DENSITY OF THE  
STUDENTS RECEIVING ORTHODONTIC TREATMENT.**

S.S. Horzov, V.V. Horzov, K.M. Lintur, T.M. Katona, I.V. Snytiuk

**57.ВПЛИВ НОВОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА РОТОВОЮ ПОРОЖНИНОЮ НА ПРОЦЕСИ ЗАПАЛЕННЯ І РЕГЕНЕРАЦІЇ В УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СТОМАТИТУ.**

Романова Ю.Г., Строченко Є.О., Кравченко Л.С., Івченко Н.А.

**THE INFLUENCE OF A NEW MOUTH CAVITY CARE PRODUCT ON THE PROCESS OF INFLAMMATION AND REGENERATION IN THE CONDITIONS OF EXPERIMENTAL STOMATITIS.**

Romanova J., Strochenko E., Kravchenko L., Ivchenko N.

**58.ПОШИРЕНІСТЬ ГАЛІТОЗУ СЕРЕД УЧНІВ ШКОЛИ.**

Дерев'янюк О.Р.

**HALITOSIS PREVALENCE AMONG SCHOOL STUDENTS.**

Derevianko O.R.

**59.ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ МОЛЯРНО-РІЗЦЕВОЇ ГІПОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ.**

Олійник Т.І.

**FEATURES OF DIAGNOSTICS AND RISK PROGNOSIS OF MOLAR-INCISOR HYPOMINERALIZATION AMONG CHILDREN.**

Oliinyk T.

**60.ТЕМПЕРАТУРНІ ЕФЕКТИ У ПУЛЬПОВІЙ КАМЕРІ ПРИ ВИГОТОВЛЕННІ ТИМЧАСОВИХ КОРОНОК З САМОТВЕРДЮЧИХ ПЛАСТМАС І КОМПОЗИТИВ.**

Пецюх І., Ільченко М.

**INTRAPULPAL TERMAL EFFECTS DURING INTERIM CROWN FABRICATION USING SELF-CURING RESINS.**

I.Petsiukh, M. Ilchenko

**61.МЕТОДИКА КОМП'ЮТЕРНОЇ ПОЗАРОТОВОЇ АКСІОГРАФІЇ.**

Біловол А.С., Кольоса А.С., Плуґатир О.О.

**EXTRAORAL TECHNIQUE OF COMPUTER AXIOGRAPHY.**

A.S. Bilovol, O.O. Pluhaty, A.S. Kolosa

**62.АНАЛІЗ ПАРАМЕТРІВ ОБЛИЧЧЯ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ ФРОНТАЛЬНИХ ГРУП ЗУБІВ.**

Бухарієва Я.Р., Майор І.І., Переста М.В., Сачук А.С., Чобей Д.І.

**ANALYSIS OF THE FACIAL PARAMETERS DURING THE PROSTHETIC TREATMENT OF FRONTAL TEETH.**

**63.АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТЕРМОФОТОМЕТРІЇ В ХОДІ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.**

ДячукК.Г.

**ANALYSIS OF THERMOPHOTOMETRY RESULTS DURING THE DIAGNOSTICS OF ACUTE INFLAMMATORY LESIONS OF MAXILLO-FACIAL REGION.**

К.Г. Dyachuk

**64.ВИЗНАЧЕННЯ КОНГРУЕНТНОСТІ ПОСАДОЧНИХ ПЛАТФОРМ У СИСТЕМІ ІМПЛАНТАТ-АБАТМЕНТ.**

Гончарук-Хомин М.Ю., Великодна М.В., Бойчук М.М.

**EVALUATION OF LANDING PLATFORMS CONGRUENCE WITHIN IMPLANT-ABUTMENT SYSTEM.**

М.У. Goncharuk-Khomyn, М.У. Velykodna, М.М. Boichuk

**65.АНАЛІЗ ШЛЯХІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕЕФЕКТИВНОГО МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ – СТОМАТОЛОГА.**

ЙовбакС. В.

**ANALYSIS OF METHODS TO PREVENT THE INEFFECTIVE LOCAL ANESTHESIA.**

С.У. Yovbak

**66.ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ КОРОНАРНО ПЕРЕМІЩЕНОГО КЛАПТЯ ДЛЯ УСУНЕННЯ ЛОКАЛІЗОВАНИХ ЯСЕННИХ РЕЦЕСІЙ.**

КолбаскоЛ.В.

**EFFICIENCY OF USING CORONALLY ADVANCED FLAPS AS A SURGICAL TREATMENT OF LOCALIZED GINGIVAL RECESSION.**

Л.У. Kolbasko

**67.АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОЧОГО ПРОСТОРУ ТА ВИКОНАННЯ ОСНОВНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ ЛІКАРСЬКОГО ПРИЙОМУ СТОМАТОЛОГА В ЕРГОНОМІЧНОМУ АСПЕКТІ.**

Костенко О.Є.

**ANALYSIS OF THE WORKING SPACE CREATION AND BASIC MANIPULATIONS PERFORMING IN THE MEDICAL PRACTICE OF DENTIST THROUGH THE ERGONOMICAL ASPECT.**

O.Y. Kostenko

**68.КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ПРОВЕДЕНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ШЛЯХОМ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ ПАРАМЕТРІВ ЗМІН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ПЕРИІМПЛАНТАТНІЙ ОБЛАСТІ.**

Крічфалушій С.І., Гончарук-Хомин М.Ю.

**COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF IMPLANT-TREATMENT QUALITY BY THE OBJECTIFICATION OF BONE CHANGES PARAMETERS AT THE PERIIMPLANT REGION.**

S.I. Krichfalushiy, M.Y. Goncharuk-Khomyn

**69.ТРАНСФОРМАЦІЇ КТ-РЕФОРМАТИВ У ДВОХВИМІРНІ ЗОБРАЖЕННЯ З МЕТОЮ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСОБИ ЗА СТОМАТОЛОГІЧНИМ СТАТУСОМ.**

Ляхіна М.В., Гончарук-Хомин М.Ю., Білей А.М.

**TRANSFORMATION OF CT-REFORMATS INTO TWO-DIMENSIONAL IMAGES TO OPTIMIZE THE PROCESS OF PERSON IDENTIFICATION BY DENTAL STATUS**

Lyahin M.V., Goncharuk-Khomyn M.Y., Biley A.M.

**70.КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ РЕТЕНОВАНИХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ.**

Мар'ян-Йовбак В. Ю.

**THE CLINICAL ASPECTS OF IMPACTED THIRD MOLARS EXTRACTION.**

V.Y. Maryan-Yovbak

**71.ПОТЕНЦІЙНИЙ ТЕРАТОГЕННИЙ ВПЛИВ СУЧАСНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ, ЩО ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.**

Мочалов Ю.О., Степа О.В.

**POTENTIAL TERATOGENIC IMPACT OF MODERN ANTIBIOTIC THERAPY USED IN DENTAL PRACTICE.**

I.O. Mochalov, PhD, Doc.; O.V.Stepa

**72.ПОШИРЕНІСТЬ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ КАРІЄСУ ЗУБІВУ РОМІВ У М.УЖГОРОД ВІКОМ 12-15 РОКІВ.**

ГриненкоЄ.М.

**THE PREVALENCE AND INTENSITY OF DENTAL CARIES AMONG ROMA CHILDREN IN UZHGOROD AGED 12-15 YEARS.**

I.M. Grynenko

**73.СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ СТУДЕНТІВ ФАКУЛЬТЕТУ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В УМОВАХ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ.**

КузьоН.В.

**THE STATE OF DENTAL HARD TISSUES AMONG STUDENTS OF HEALTH FACULTY IN TERMS OF EMOTIONAL STRESS.**

N. Kuzo

**74.РОЛЬ СУДОВОЇ СТОМАТОЛОГІЇ В СФЕРІ МЕДИЧНО-ПРАВОВИХ ВІДНОСИН.**

Старченко В.В., Лісецька І.С.

**ROLE OF FORENSIC ODONTOLOGY IN FIELD OF MEDICAL-LEGAL RELATIONS.**

V.V. Starchenko, I.S. Lisetska

**75.ПАРАФУНКЦІЯ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ.**

СтецикА. О.

**PARAFUNCTION OF MASTICATORY MUSCLES: CAUSES, DIAGNOSTIC METHODS AND TREATMENT.**

A.O. Stetsyk

**76.СТАН РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ТА ФАКУЛЬТЕТУ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ.**

У.І. Брецько

**STATE OF THE ORAL CAVITY IN STUDENTS OF DENTAL FACULTY AND FACULTY OF HEALTH.**

U.I. Bretsko

**77.ПОКРАЩЕННЯ АЛГОРИТМІВ ГРАФІЧНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ДЕНТАЛЬНОГО ВІКУ СЕРЕД НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ.**

ФоросА.І.

**IMPROVEMENT OF GRAPHICAL ANALYSIS ALGORITHMS FOR DENTAL AGE ESTIMATION AMONG DRUG ADDICTS.**

A.I. Foros.

**78.АНАЛІЗ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ.**

ЦоцкоЮ.В

**ANALYSIS OF RATIONAL NUTRITION IN DIFFERENT AGE GROUPS.**

Y.V.Tsotsko

**79.ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ КАРІЄСОМ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ВІКОМ ВІД 18 ДО 24 РОКІВ У М. УЖГОРОД І УЖГОРОДСЬКОМУ РАЙОНІ.**

ЧепараС.В.

**FEATURES OF ENVIRONMENTAL FACTORS INFLUENCE ON THE INCIDENCE OF TOOTH DECAY AMONG THE POPULATION AGED 18 TO 24 IN THE CITY OF UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT.**

S.V. Chepara

**80.ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ СОМАТОТИПОМ ЛЮДИНИ ТА ПОТРЕБОЮ В ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ СЕРЕД МОЛОДІ.**

ШешуковД.В.

**THE RELATIONSHIP BETWEEN SOMATOTYPE AND THE HUMAN NEED FOR ORTHODONTIC TREATMENT AMONG YOUNG PEOPLE.**

D.V. Sheshukov

**81.ВДОСКОНАЛЕННЯ РОЗБІРНОЇ КУКСО-КОРЕНЕВОЇ ВКЛАДКИ У БАГАТОКОРЕНЕВИХ ЗУБАХ.**

Шинкарук Б.В. Пілійчук М.І

**IMPROVEMENT OF SECTIONAL TAB ROOT INLAY-CORE IN MULTIROOTED TOOTH .**

Shynkaruk B.V., Piliychuk M. I.

**82.ПОТЕНЦІЙНА ЦІННІСТЬ ДОСВІДУ РЕСПУБЛІКИ СЛОВАЧЧИНА В РЕФОРМУВАННІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ УКРАЇНИ.**

Ю.О. Мочалов, А.В. Сабов

**THE POTENTIAL VALUE OF EXPERIENCE OF THE SLOVAK REPUBLIC IN THE REFORM OF DENTAL CARE FOR UKRAINE.**

I.O. Mochalov, A.V. Sabov

**83.СУЧАСНІ МЕТОДИ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ГЕМАНГІОМ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.**

Ю.О. Мочалов, Р.Р. Шкєрта

**MODERN METHODS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF HEMANGIOMAS IN MAXILLOFACIAL AREA.**

I.O. Mochalov, R.R. Shkerta

**84.ОПТИЧНА СУМІСНІСТЬ ВІДНОВЛЮВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ З ТКАНИНАМИ ЗУБА ПІД ДІЄЮ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОСВІТЛЕННЯ.**

ТарасюкЯ.М.

**OPTICAL COMPATIBILITY OF RESTORATIVE MATERIALS WITH HARD TISSUES OF TOOTH UNDER THE ULTRAVIOLET LIGHT**

Y.M. Tarasyuk

**85.АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПРОВЕДЕННЯ ПРОТИПУХЛИННОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ НА СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ З ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ НЕОПЛАСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ В ШЛУНКОВО-КИШКОВОМУ ТРАКТІ.**

ВовчанськаС.В.

**THE ANALYSIS OF CHEMOTHERAPY INFLUENCE ON THE DENTAL STATUS OF PATIENTS WITH GASTRO-INTESTINAL CANCER.**

S.V. Vovchanska

**86.ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРУВАННЯ ЗУБІВ ПІД МЕТАЛОКЕРАМІЧНІ КОРОНКИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ НАЙБІЛЬШ ОПТИМАЛЬНОГО ВАРІАНТУ.**

Гелетей В.В., Нєгря А.В., Сливар Н.О., Фогел Е.В.

**COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF TEETH PREPARATION FOR METAL-CERAMIC CROWS AND DEFINITION OF THE BEST OPTION.**

V.V. Heletei, A.V. Nehrya, N.O. Slivar, E.W. Fogel

**87.ВПЛИВ СВІТЛОДІОДНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА АНТИБИОТИКОЧУТЛИВІСТЬ ФАКУЛЬТАТИВНО АНАЕРОБНОЇ МІКРОФЛОРИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ II-III СТУПЕНІВ.**

ДанкоЕ. М.

**THE IMPACT OF LED RADIATION ON SENSITIVITY OF ANTIBIOTICS OF FACULTATIVE ANAEROBIC MICROORGANISMS OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS WITH II-III LEVELS OF SEVERITY.**

E.M. Danko

**88.ДЕНТОФОБИЯ СЕРЕД ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ М.УЖГОРОДА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ БОРОТЬБИ З НЕЮ.**

МорозН. І.

**DENTOFOBIA AMONG PRESCHOOL CHILDREN OF UZHGOROD CITY AND EFFICIENCY OF METHODS FOR ITS TREATMENT.**

N.I. Moroz

**89.ОБ'ЄКТИВНИЙ МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ КОЛЬОРУ ЗУБА З ВИКОРИСТАННЯМ КОЛІРНОГО ПРОСТОРУ CIELAB.**

РосохаВ. М.

**OBJECTIVE METHOD FOR TOOTH COLOUR EVALUATION WITH THE USE OF COLOUR DIMENSION CIE LAB.**

V.Rosoha.

**90.ОКЛЮЗІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З БРУКСИЗМОМ ТРЕТЬОГО СТУПЕНЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).**

ШтибельД. В., ДанилюкД. В., ШтибельН. В.

**OCCLUSAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH THIRD DEGREE BRUXISM (CASE REPORT).**

D.V. Shtybel, D.V. Danylyuk, N.V. Shtybel

**91. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.**

Гелей Н.І., Гелей В.М.

**TREATMENT OF PERIODONTAL ABSCESS COMPLEX USING ANTIHOMOTOXIC PREPARATIONS.**

N.I. Heley, V.M. Heley

**92. АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ КАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ВІКОМ 7-12 РОКІВ.**

Мелкумян Т.С

**ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF DENTAL CARIES OF PERMANENT TEETH OF CHILDREN 7-12 IN TER AGE OF 7-12. YEARS .**

T.S.Melkumian

**93. СУЧАСНІ ТЕОРІЇ ЕТІОЛОГІЇ ТА ПАТОГЕНЕЗУ БРУКСИЗМУ.**

Зорівчак Т.І.

**MODERN THEORIES OF ETIOLOGY AND PATHOGENESIS OF BRUXISM.**

T.I. Zorivchak

**94. ЗМІНИ МАРКЕРІВ КІСТКОВОГО РЕМОДЕЛЮВАННЯ У ДІТЕЙ З НЕЗНІМНОЮ ОРТОДОНТИЧНОЮ АПАРАТУРОЮ.**

Горхов Л.Ф.

**CHANGES IN MARKERS OF BONE REMODELING IN CHILDREN WITH NON-REMOVABLE ORTHODONTIC APPLIANCES.**

I.F. Horsov

**95. ВСТАНОВЛЕННЯ КОРЕЛЯЦІЙНИХ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ МІЖ ПОКАЗНИКАМИ РЕЗОРБЦІЇ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ ТА ПАРАМЕТРАМИ УСПІШНОСТІ ДЕНТАЛЬНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З НЕ ФІКСОВАНОЮ МІЖАЛЬВЕОЛЯРНОЮ ВИСОТОЮ.**

Федотюк О.О., Кенюк А.Т.

**SETTING CORRELATION BETWEEN INDICATORS OF BONE RESORPTION AND PARAMETERS OF SUCCESS DENTAL IMPLANTATION IN PATIENTS WITH MERHALVEOLYARNOY HEIGHT IS NOT FIXED.**

O.O. Fedotyuk, A.T. Kenyuk

**96. АНАЛІЗ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ-ХІРУРГА  
СТОМАТОЛОГА ЗА ДАНИМИ ЗВІТНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ЗОКСП  
2012-2016 РОКИ.**

Гелей В.М.

**ANALYSIS OF PRACTICAL WORK DENTAL SURGEON  
ACCORDING TO REPORTING DOCUMENTATION ZOKSP FOR  
2012-2016.**

V.M. Heley

**97. КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ  
ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З  
ДЕФЕКТАМИ ЗУБНОГО РЯДУ В ЕСТЕТИЧНО ЗНАЧИМІЙ  
ДІЛЯНЦІ.**

Бокоч А.В.

**COMPREHENSIVE APPROACH TO PROSTHETIC TREATMENT  
AND REHABILITATION OF DENTAL PATIENTS WITH DENTITION  
DEFECT IN THE AESTHETIC AREA.**

A.V. Bokoch

**98. ОБГРУНТУВАННЯ І РОЗРОБКА ПРОЕКТУ ДОПОВНЕНЬ ДО  
НАКАЗУ МОЗ УКРАЇНИ №566 ВІД 23.11.2004 РОКУ ЗА  
МЕТОДАМИ ЗАСТОСУВАННЯ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ.**

Дієв Є.В., Шнайдер С.А., Біда В.І., Лабунець В.А., Дієва Т.В.

**JUSTIFICATION AND DEVELOPMENT OF THE PROJECT OF  
ADDITIONS TO THE ORDER OF THE MINISTRY OF HEALTH OF  
UKRAINE №566 DATED NOVEMBER 23.2004., FOR THE METHODS  
OF DENTAL IMPLANTATION.**

Diiev E.V., Schneider S.A., Bida V.I., Labunets V.A., Diieva T.V.

**99. ТОЧНІСТЬ ВИМІРЮВАНЬ КОНУСНОСТІ ПРИ  
ФОТОГРАФУВАННІ СМАРТФОНОМ З ДОДАТКОВИМИ  
МАКРООБ'ЄКТИВАМИ**

Пашек-Садоха Рената

**ACCURACY OF TOTAL OCCLUSAL CONVERGENCE  
MEASUREMENTS USING A SMARTPHONE WITH ADDITIONAL  
MACRO LENS**

R. Pashek-Sadokha

**100. ІМУНОГЛОБУЛІН ЯК ПОКАЗНИК НЕСПЕЦИФІЧНОГО ІМУННОГО ЗАХИСТУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ПІДЛІТКІВ**

Камінський М.В

**IMMUNOGLOBULINS AS AN INDICATOR OF NON-SPECIFIC IMMUNE PROTECTION MANDIBULAR FRACTURES IN ADOLESCENTS**

M. Kaminsky

**101. ПРОБЛЕМАТИКА ВИБОРУ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ РЕЦЕСІЇ ЯСЕН**

Цуперяк С.С., Гончарук-Хомин М.Ю.

**PROBLEM OF CHOOSING DIFFERENT METHODS FOR RECESSION TREATMENT**

S.S. Tsuperyak, M.Y. Goncharuk-Khomyn

**102. ОЦІНКА УСПІШНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ ТА ПРОТЕТИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ РІЗНОГО ДИЗАЙНУ**

Кенюк А.Т., Гончарук-Хомин М.Ю.

**EVALUATION OF REHABILITATION SUCCES AMONG PATIENTS TREATED WITH THE USE OF DENTAL IMPANTS AND PROSTHETIC CONSTRUCTIONS OF VARIOUS DESIGNS**

A.T. Kenyuk, M.Y. Goncharuk-Khomyn

**103. АНАЛІЗ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ-ХІРУРГА СТОМАТОЛОГА ЗА ДАНИМИ ЗВІТНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ЗОКСП 2012-2016 РОКИ.**

Гелей В.М.

**ANALYSIS OF PRACTICAL WORK DENTAL SURGEON ACCORDING TO REPORTING DOCUMENTATION ZOKSP FOR 2012-2016.**

V.M. Heley

**104. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ВИДІВ ПРИКУСУ СЕРЕД ЄВРОПЕЙЦІВ ТА КАВКАЗЦІВ**

Кривенко Людмила Станіславівна, Абрикосова Анастасія Сергіївна

**MALOCCLUSION PREVALENCE IN EUROPEANS AND CAUCASIANS YOUNG PEOPLE**

L. S. Krivenko, A. S. Abrikosova

**105. ІНТРАЛІГАМЕНТАРНА АНЕСТЕЗІЯ У ПІДЛІТКІВ**

Лайош Н.В.

**INTRALIGAMENTARNA METHOD OF ANESTHESIA IN  
TEENAGERS**

N. Layosh

**106. КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЯКОСТІ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ  
ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

Костенко С.Б.

**CRITERIA FOR EVALUATION DENTAL CARE PROVISION  
QUALITY**

S.B. Kostenko

**107. СУДОВО-СТОМАТОЛОГІЧНІ МЕТОДИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ  
СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

Гончарук-Хомин М.Ю.

**FOENSIC ODONTOLOGICAL METHODS FOR EVALUATION  
QUALITY OF DENTAL HELP**

M.Y. Goncharuk-Khomyn

## ЗМІСТ

### **1. ОЦІНКА ЗВ'ЯЗКІВ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ НА ГІНГІВІТ У ОСІБ ВІКОМ 18 – 29 РОКІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МІСТА УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ.**

Бабиц С.А

#### **EVALUATION OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN ENVIRONMENTAL FACTORS AND GINGIVITIS AMONG INDIVIDUALS AGED 18 – 29 YEARS WITHIN THE POPULATION OF UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT.**

S.A. Babych.....47

### **2. ВСТАНОВЛЕННЯ ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ КАРІЄСОМ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ М. УЖГОРОДА ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ ЗА 2011-2015 РР.**

Бедей В. В.

#### **VERIFICATION OF CONSISTENT PATTERNS OF CARIES DISEASE AMONG CHILDREN AND ADOLESCENT OF UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT DURING 2011-2015.**

V.V.

Bedey.....49

### **3. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ТА СТУДЕНТІВ ІНШИХ ФАКУЛЬТЕТІВ УЖНУ.**

Білинський О. Я., Добровольська М.К.

#### **COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF DENTAL STATUS OF STUDENTS OF FACULTY OF DENTISTRY AND STUDENTS OF OTHER FACULTIES OF UZHNU.**

O.Y. Bilynskiy, M.K.

Dobrovolska.....52

### **4. ВИКОРИСТАННЯ МІКРОПРОТЕЗУВАННЯ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ КЛІНІКАХ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА.**

Бульбук О.В., Бульбук О.І.

#### **A REVIEW OF USING DENTAL INLAYS/ONLAYS IN THE IVANO-FRANKIVSK CLINICS.**

O.V. Bulbuk, O.I.

Bulbuk..... 54

**5.МІНЕРАЛЬНІ ВОДИ ЗАКАРПАТТЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.**

Демчик І. М.

**MINERAL WATER IN COMPLEX PREVENTION OF MAJOR DENTAL DISEASES.**

I.M. Demchyk .....56

**6.РОТОВА РІДИНА У ДІТЕЙ 3-5 РОКІВ ХВОРИХ НА РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ.**

Демянчук Ю.В., Станкович П.І., Левченко А.-О.Ю., Кантор Н.І., Токар В.В., Грига М.М.

**ORAL FLUID IN CHILDREN AGED 3-5 YEARS WHO SUFFER FROM REFLUX DISEASE.**

Y.V. Demianchuk, P.I. Stankovych, A.-O. Levchenko, N.I. Kantor, V.V.Tokar, M.M. Griga.....58

**7.ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ХАРЧУВАННЯ ТА ІНШИХ ФАКТОРІВ ПОБУТУ І ДОВКІЛЛЯ НА ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ПЕРІОДОНТИТУ СЕРЕД ОСІБ ВІКОМ ВІД 24-29 РОКІВ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ.**

Гайналій А.В.

**FEATURES OF INFLUENCE OF NUTRITION AND OTHER FACTORS OF LIFE AND THE ENVIRONMENT FOR THE EMERGENCE AND SPREADRELATIONS OF PERIODONTITIS IN PEOPLE AGED 24 TO 29 YEARS THE POPULATION OF S.UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT.**

A.V. Gaynaliy.....60

**8.УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СУЧАСНОЇ ВОГНЕПАЛЬНОЇ РАНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.**

Гецько Ю. Ю.

**IMPROVED METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MODERN GUNSHOT WOUN OF MAXILLOFACIAL AREA .**

Y.Y. Hetsko.....62

**9.ОЦІНКА РІВНІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ПАРАДОНТИТ ЗА 2011-2015 РР.**

**СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ ВІКОМ 30-45 РОКІВ.**

Грицик А.О.

**EVALUATION OF PERIODONTITIS MORBIDITY AMONG POPULATION OF UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT AGED 30-45 YEARS DURING 2011-2015.**

A.O.Hritsik.....64

**10.ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ АНОМАЛІЙНОГО ПОЛОЖЕННЯ ІКОЛ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.**

Іваськевич В.З.

**SPECIFICS OF PATHOGENESIS OF ABNORMAL POSITION OF MAXILLAR CANINES.**

Ivaskevych V.Z.....67

**11.НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНІ ПРИЧИНИ ЗВЕРНЕННЯ ДІТЕЙ ЗА СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ У М. УЖГОРОД.**

Кий М.М., Кедик Р.Є., Луців О.В., Хохол В.Я., Бордаш А.М., Ребриш Т.Ю.

**THE MOST COMMON REASONS FOR SEEKING CHILDREN FOR DENTAL CARE IN UZHGOROD.**

М. М. Kyi, R. Ye.Kedyk, O. V Lutsiv, A.M.Bordash, V.Y.Khokhol, T. U.

Rebrysh.....69

**12.МАТЕМАТИЧНІ РОЗРАХУНКИ ОПОРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ІНКОГРУЕНТНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ ОПОРНИХ КОНСТРУКЦІЙ.**

Костенко Є.Я., Гаврилешко К.І., Гецько Ю.Ю.

**MATHEMATIC CALCULATION OF THE LOAD INCONGRUENTLY ELEMENTS WITHIN ABUTMENT DENTURE CONSTRUCTIONS.**

Y.Y. Kostenko, K.I. Havryleshko, Y.Y Hecko.....71

**13.ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИКОРИСТАННЯ ПОВНИХ ЗНІМНИХ ПРОТЕЗІВ З АТРАВМАТИЧНИМ ПРОТЕЗНИМ ЛОЖЕМ ПРИ ДВОХЕТАПНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ НА БЕЗЗУБИХ ЩЕЛЕПАХ.**

Марушинець Я.Я., Нагірний Д.А.

**EXPERIMENTAL USE OF COMPLETE REMOVABLE DENTURES WITH NONINVASIVE PROSTHETIC BED DURING TWO-STAGE IMPLANTATION ON THE TOOTHLESS JAW.**

Y.Y, Marushynets., D.A. Nahyirnuy.....73

**14.КОРЕЛЯЦІЙНА ЗАЛЕЖНІСТЬ ЗАЖИВЛЕННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТА ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИБОРУ, ПАРАМЕТРІВ ТА ТИПУ ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ.**

Нагірний Д.А., Марушинець Я.Я.

**CORRELATION PERIODONTAL TISSUE HEALING AFTER SURGERY DEPENDING ON THE CHOICE, PARAMETERS AND TYPE OF SUTURE MATERIAL.**

Y.Y. Marushynets., D.A. Nahyirnyy.....75

**15.МОНІТОРИНГ ВИЗНАЧЕННЯ КРИТЕРІЇВ ЯКОСТІ ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ КТ ДІАГНОСТИКИ У МЕШКАНЦІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ.**

Папарига О. І.

**MONITORING OF ENDODONTIC TREATMENT QUALITY CRITERIA WITH THE USE OF CT DIAGNOSTICS AMONG RESIDENTS TRANSCARPATHIAN REGION.**

O. Paparyha.....76

**16.ОСОБЛИВОСТІ ЗВ'ЯЗКІВ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ ІЗ ЗАХВОРЮВАНІСТЮ НА ПУЛЬПІТ В ОСІБ ВІКОМ ВІД 15 ДО 17 РОКІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО.**

Пензелик І.В.

**FEATURES OF RELATIONS BETWEEN ENVIRONMENTAL FACTORS AND PULPITIS RATE IN PERSONS AGED 15 TO 17 YEARS AMONG THE POPULATION OF UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT.**

I.V. Penzelyk.....79

**17.ВПЛИВ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ НА ЯКІСНІ ПАРАМЕТРИ КЛІТИННОГО СКЛАДУ ЯСЕННИХ ЕПІТЕЛІОЦИТІВ.**

Радчук В.Б., Гасюк Н.В.

**THE INFLUENCE OF METAL-CERAMIC CONSTRUCTION ON QUALITY PARAMETERS OF GINGIVAL EPITHELIAL CELL COMPOSITION.**

V.B. Radchuk, N.V.

Hasiuk.....81

**18.МЕТОДИ НЕРУЙНІВНОГО КОНТРОЛЮ ОЦІНКИ ЯКОСТІ  
ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ.**

Стерчо Е. В.

**NON-DESTRUCTIVE METHODS OF ASSESSING THE QUALITY OF  
PROSTHETIC CONSTRUCTIONS.**

E.V. Stercho.....83

**19.ПРИОРИТЕТИ РОВИТКУ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ  
ПОСЛУГ В УКРАЇНІ: ЕКОНОМІЧНИЙ АСПЕКТ.**

Яцко М. В., Яремчук Н. В.

**PRIORITIES OF DENTAL SERVICE DEVELOPMENT IN UKRAINE:  
ECONOMICAL ASPECT.**

M.V. Yatsko, N.V. Yaremchuk.....86

**20.КОЛОНІЗАЦІЙНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ПОРОЖНИНИ РОТА У  
ДІТЕЙ З НЕЗРОЩЕНИМ ПІДНЕБІННЯМ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА  
ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ.**

Свтіхов Ю.Ю., Ортинський Н.В., Парашинець М.В., Кузьмічов Е.О.,  
Кривецький В.В.

**COLONIZATIONAL RESISTANCE OF MOUTH CAVITY AMONG  
CHILDREN WITH A SYMPHYTOUS PALATE, WHO ARE  
UNDERERGOING ORTHODONTIC TREATMENT.**

Y.Y. Evtikhov, N.V. Ortynskiy, N.V. Parashchynets, E.O. Kyzmichov, V.V.  
Kryvetskyi.....89

**21.ЗАСТОСУВАННЯ БІОМАТЕРІАЛІВ КЛАСУ GIOMER В  
КЛІНІЦІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ.**

Самойленко А. В., Романюта І. А., Соловійова О.Ю.

**THE USE OF GIOMER BIOMATERIALS AT THE CLINIC OF  
RESTORATIVE DENTISTRY.**

A.V. Samoilenko, I.A. Romanuta, O.Y. Soloviova O. Y.....91

**22.ЗАСТОСУВАННЯ ТУНЕЛЬНОГО ПРЕПАРУВАННЯ  
КАРІОЗНИХ ПОРОЖНИН ІІ КЛ ЗА БЛЕКОМ У ТЕРАПЕВТИЧНІЙ  
СТОМАТОЛОГІЇ ЯК СКЛАДОВА МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ  
ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ.**

Бунь Орест Вікторович

**THE USING OF TUNNEL PREPARATION IN II CLASS CAVITIES BY  
BLACK IN THERAPEUTIC DENTISTRY AS PART OF MINIMALLY  
INVASIVE TREATMENTS FOR PATIENTS.**

Bun Orest.....93

**23.СИСТЕМАТИЗАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕФЕКТИВНОСТІ  
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ  
ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ У СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.**

Домище М.Ю, Брехлічук П.П

**THE SYSTEMATIZATION OF EFFICACY RESULTS DURING THE  
USE OF TRANSCRANIAL ELECTRICAL STIMULATION METHOD  
IN DENTAL PRACTICE.**

Domysche M.Y, Brekhlichuk P.P.....96

**24.ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФІНІШНОЇ ОБРОБКИ  
КОМПОЗИТНИХ РЕСТАРВАЦІЙ РІЗНИМИ ПОЛІРУВАЛЬНИМИ  
СИСТЕМАМИ ШЛЯХОМ ГРАФІЧНОГО АНАЛІЗУ ЦИФРОВИХ  
ЗОБРАЖЕНЬ.**

Гангур І.

**EVALUATION OF COMPOSITE RESTORATION FINISHING  
QUALITY WITH THE USE OF DIFFERENT POLISHING SYSTEM BY  
THE GRAPHICAL ANALYSIS OF DIGITAL IMAGES.**

Gangur I.....99

**25.ОЦІНКА КОРЕЛЯЦІЙНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ХІМІЧНОГО  
СКЛАДУ ТА ТИПУ РОЗЧИННИКА АДГЕЗИВНОЇ СИСТЕМИ НА  
МОЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ  
МЕТОДІВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ У СТОМАТОЛОГІЇ.**

Маруха Р.Ю.

**ASSESSMENT OF CHEMICAL CORRELATIONS AND TYPE OF  
SOLVENT IN POSSIBILITY OF IDENTIFICATION  
СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ ІДЕНТИФІКАЦІЇ  
У СТОМАТОЛОГІЇ.**

Maruha R.Yu.....102

**26.КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО  
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА  
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ.**

Вучкан О.В.

**COMPLEX TREATMENT SHARPENING CHRONIC GENERALIZED  
PERIODONTITIS PATIENTS WITH DIABETES.**

O.V. Vuchkan.....104

<b>27.ТЕОРІЇ ВИНИКНЕННЯ БРУКСИЗМУ ТА ОСНОВНІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ, ЯК ПАТОЛОГІЇ ЗУБО – ЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ.</b> Зорівчак Т.І. <b>THEORIES OF BRUXISM AND MAIN ASPECTS OF PATHOGENESIS AS A PATHOLOGY OF DENTAL – JAWIAL SYSTEM.</b> Zorivchak T.I. ....	106
<b>28.КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗУБНИХ ЩІТОК З ВИСОКОЮ ГУСТИНОЮ ЩЕТИН.</b> Копачинська А. Р., Кушніренко М. О. <b>CLINICAL EFFICACY OF TOOTHBRUSHES WITH HIGH-DENSITY BRISTLES.</b> Korachynska A. R, Kushnirenko M. O.....	110
<b>29.ДОСВІД ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГІНГІВІТУ У ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.</b> Кривенко Л.С. <b>EVIDENCE OF OPTIMIZATION OF CHRONIC GINGIVITIS TREATMENT IN CHILDREN WITH ATOPIC DISEASES.</b> Kryvenko L.S.....	111
<b>30.ОЦІНКА СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ, ЯК ОДИН ІЗ ПРЕДИКТОРІВ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ.</b> Маркевич С.А. <b>EVALUATION OF AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM CONDITION AS ONE OF THE PREDICTORS OF DENTAL DESEASE.</b> S.Markevych.....	113
<b>31.АНАЛІЗ ЕТІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ.</b> С.Ю. Петрецька <b>ANALYSIS OF ETIOLOGICAL AGENTS OF TRAUMATIC MANDIBULAR OSTEOMYELITIS.</b> S.Yu. Petretska, Y.Y.Hetsko.....	115
<b>32.ОБГРУНТУВАННЯ ПРЕВЕНТИВНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ФІСУРНОГО КАРІЄСУ У ПІДЛІТКІВ ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ЗОНІ БІОГЕОХІМІЧНОГО ДЕФІЦИТУ ФТОРУ ТА ЙОДУ.</b> Шеверя С.М., Мухіна Я.О.	

**RATIONALE FOR PREVENTION PREVENTIVE FISSURE CARIES  
IN ADOLESCENTS LIVING IN DEFICIT AREA BIOGEOCHEMICAL  
FLUORINE AND IODINE.**

Mukhina Yaroslava, Sheveria Stepan.....117

**33. ОБГРУНТУВАННЯ ВПЛИВУ БІОГЕОХІМІЧНОГО ДЕФІЦИТУ  
ФТОРУ ТА ЙОДУ НА СТРУКТУРУ ТА ФУНКЦІЇ ЕМАЛІ ЗУБІВ.**

Шетеля В.В.

**JUSTIFICATION OF EXPOSURE BIOGEOCHEMICAL FLUORINE  
AND IODINE ON THE STRUCTURE AND FUNKCION TOOTH  
ENAMEL.**

Shetelya V.V.....119

**34. МІКРОМІНЕРАЛІЗУЮЧИЙ ПОТЕНЦІАЛ РОТОВОЇ РІДИНИ  
ЯК МАРКЕР РОЗВИТКУ КАРІЄСУ.**

Шешукова О.В., Бауман С.С.

**MICROMINERALIZATION POTENTIAL OF ORAL FLUID AS A  
MARKER OF CARIES DEVELOPMENT.**

O.V. Sheshukova, S.S. Bauman.....120

**35. ЛОЖКА ДЛЯ ЗНЯТТЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ВІДБИТКІВ ТА  
МЕТОДИКА ЇЇ ЗАСТОСУВАННЯ.**

Локота М.Є., Маляр А.В., Микуляк П.П., Вовчок Р.В.

**SPOON FOR TAKING DENTISTRY IMPRESSIONS AND METHODS  
OF ITS APPLICATION.**

Lokota M.Ye. Maliar A.V., Mykuliak P.P., Vovchok R.V.....123

**36. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКОГО КАРІЄСУ З  
ВИКОРИСТАННЯМ ОЗОНОТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ  
ЗУБІВ ПІД ОРТОПЕДИЧНІ КОНСТРУКЦІЇ.**

Локота М.Є., Шкварок Ю.С

**COMPLEX TREATMENT OF DEEP CARIES WITH THE  
APPLICATION OF OZONE THERAPY IN THE PROCESS OF  
PREPARATION OF TEETH TO THE ORTHOPEDIC  
CONSTRUCTIONS.**

Lokota M.Ye., Shkvarok Yu.S.....126

**37. ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВІДБИТКОВОЇ РОЗБІРНОЇ  
ЛОЖКИ ДЛЯ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ТА ЇЇ ФУНКЦІОНАЛЬНІ  
ОСОБЛИВОСТІ.**

Локота Ю.Є.

**PECULIARITIES OF APPLICATION OF IMPRESSION SECTIONAL SPOON FOR UPPER JAW AND ITS FUNCTIONAL FEATURES.**

Lokota Yu.Ye. ....128

**38. ОБГРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ФІСУРНОГО КАРІЄСУ З УРАХУВАННЯМ ОДОНТОГЛІФІЧНОЇ БУДОВИ ЗУБІВ ТА МІНЕРАЛІЗУВАЛЬНОГО ПОТЕНЦІАЛУ СЛИНИ.**

Стецик М.О.

**RATIONALE FOR PREVENTION CARRIES OF FISSURE CONSIDERING ODONTOHLIFIC STRUCTURE OF TEETH AND SALIVA MINERALIZATION POTENTIAL.**

M.O. Stetsyk .....131

**39. КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНОГО РЯДУ В ЕСТЕТИЧНІЙ ОБЛАСТІ.**

Бокоч А. В; Мурга І. Я.

**COMPREHENSIVE APPROACH TO PROSTHETIC TREATMENT AND REHABILITATION OF DENTAL PATIENTS WITH DENTITION DEFECT IN THE AESTHETIC AREA.**

A.V. Bokoch; I. Y. Murha.....133

**40. ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ПЕРІОСТИТУ.**

Гелей В.М., Гелей Н.І.

**EVALUATION OF CLINICAL EFFICIENCY ANTIHOMOTOXIC PREPARATIONS IN THE TREATMENT OF PERIOSTITIS.**

V.M. Heley, N.I. Heley.....135

**41. КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.**

Гелей Н.І., Гелей В.М.

**TREATMENT OF PERIODONTAL ABSCESS COMPLEX USING ANTIHOMOTOXIC PREPARATIONS.**

N.I. Heley, V.M. Heley.....138

- 42. ВИВЧЕННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ  
ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У СТУДЕНТІВ З  
ОРТОДОНТИЧНИМ ЛІКУВАННЯМ.**  
Горзов С. С., Горзов В. В., Лінтур К. М., Катона Т. М., Снитюк Ю. В.  
**THE RESEARCH OF THE BONE MINERAL DENSITY OF THE  
STUDENTS RECEIVING ORTHODONTIC TREATMENT.**  
S.S. Horzov, V.V. Horzov, K.M. Lintur, T.M. Katona, I.V. Snytiuk.....140
- 43. ВПЛИВ НОВОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА РОТОВОЮ  
ПОРОЖНИНОЮ НА ПРОЦЕСИ ЗАПАЛЕННЯ І РЕГЕНЕРАЦІЇ В  
УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СТОМАТИТУ.**  
Романова Ю.Г., Строченко Є.О., Кравченко Л.С., Івченко Н.А.  
**THE INFLUENCE OF A NEW MOUTH CAVITY CARE PRODUCT ON  
THE PROCESS OF INFLAMMATION AND REGENERATION IN THE  
CONDITIONS OF EXPERIMENTAL STOMATITIS.**  
Romanova J., Strochenko E., Kravchenko L., Ivchenko N.....142
- 44. ПОШИРЕНІСТЬ ГАЛІТОЗУ СЕРЕД УЧНІВ ШКОЛИ.**  
Дерев'янюк О.Р.  
**HALITOSIS PREVALENCE AMONG SCHOOL STUDENTS.**  
Derevianko O.R.....144
- 45. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ  
ВИНИКНЕННЯ МОЛЯРНО-РІЗЦЕВОЇ ГІПОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ У  
ДІТЕЙ.**  
Олійник Т.І.  
**FEATURES OF DIAGNOSTICS AND RISK PROGNOSIS OF MOLAR-  
INCISOR HYPOMINERALIZATION AMONG CHILDREN.**  
Oliinyk T.....146
- 46. ТЕМПЕРАТУРНІ ЕФЕКТИ У ПУЛЬПОВІЙ КАМЕРІ ПРИ  
ВИГОТОВЛЕННІ ТИМЧАСОВИХ КОРОНОК З  
САМОТВЕРДЮЧИХ ПЛАСТМАС І КОМПОЗИТИВ.**  
Пецюх І., Ільченко М.  
**INTRAPULPAL TERMAL EFFECTS DURING INTERIM CROWN  
FABRICATION USING SELF-CURING RESINS.**  
Petsiukh, M. Ilchenko.....149
- 47. МЕТОДИКА КОМП'ЮТЕРНОЇ ПОЗАРОТОВОЇ АКСІОГРАФІЇ.**  
Біловол А.С., Кольоса А.С., Плугатир О.О.

**EXTRAORAL TECHNIQUE OF COMPUTER AXIOGRAPHY.**

A.S. Bilovol, O.O. Pluhatyр, A.S. Kolosa.....151

**48.АНАЛІЗ ПАРАМЕТРІВ ОБЛИЧЧЯ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ ФРОНТАЛЬНИХ ГРУП ЗУБІВ.**

Бухарієва Я.Р., Майор І.І., Переста М.В., Сачук А.С., Чобей Д.І.

**ANALYSIS OF THE FACIAL PARAMETERS DURING THE PROSTHETIC TREATMENT OF FRONTAL TEETH.**

Ya.R.Bukharieva, I.I. Maior, M.V.Peresta, A.S.Sachuk, D.I.Chobei ..... 152

**49.АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТЕРМОФОТОМЕТРІЇ В ХОДІ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.**

Дячук К.Г.

**ANALYSIS OF THERMOPHOTOMETRY RESULTS DURING THE DIAGNOSTICS OF ACUTE INFLAMMATORY LESIONS OF MAXILLO-FACIAL REGION.**

K.G.Dyachuk.....154

**50.ВИЗНАЧЕННЯ КОНГРУЕНТНОСТІ ПОСАДОЧНИХ ПЛАТФОРМ У СИСТЕМІ ІМПЛАНТАТ-АБАТМЕНТ.**

Гончарук-Хомин М.Ю., Великодна М.В., Бойчук М.М.

**EVALUATION OF LANDING PLATFORMS CONGRUENCE WITHIN IMPLANT-ABUTMENT SYSTEM.**

M.Y. Goncharuk-Khomyn, M.V. Velykodna, M.M. Boichuk..... 156

**51.АНАЛІЗ ШЛЯХІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕЕФЕКТИВНОГО МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ – СТОМАТОЛОГА.**

Йовбак С. В.

**ANALYSIS OF METHODS TO PREVENT THE INEFFECTIVE LOCAL ANESTHESIA.**

S.V. Yovbak.....159

**52.ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ КОРОНАРНО ПЕРЕМІЩЕНОГО КЛАПТЯ ДЛЯ УСУНЕННЯ ЛОКАЛІЗОВАНИХ ЯСЕННИХ РЕЦЕСІЙ.**

Колбаско Л.В.

**EFFICIENCY OF USING CORONALLY ADVANCED FLAPS AS A SURGICAL TREATMENT OF LOCALIZED GINGIVAL RECESSION.**  
L.V. Kolbasko.....161

**53.АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОЧОГО ПРОСТОРУ ТА ВИКОНАННЯ ОСНОВНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ ЛІКАРСЬКОГО ПРИЙОМУ СТОМАТОЛОГА В ЕРГОНОМІЧНОМУ АСПЕКТІ.**  
Костенко О.Є.  
**ANALYSIS OF THE WORKING SPACE CREATION AND BASIC MANIPULATIONS PERFORMING IN THE MEDICAL PRACTICE OF DENTIST THROUGH THE ERGONOMICAL ASPECT.**  
O.Y. Kostenko .....163

**54.КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ПРОВЕДЕНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ ШЛЯХОМ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ ПАРАМЕТРІВ ЗМІН КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ В ПЕРИІМПЛАНТАТНІЙ ОБЛАСТІ.**  
Крічфалушій С.І., Гончарук-Хомин М.Ю.  
**COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF IMPLANT-TREATMENT QUALITY BY THE OBJECTIFICATION OF BONE CHANGES PARAMETERS AT THE PERIIMPLANT REGION.**  
S.I. Krichfalushiy, M.Y. Goncharuk-Khomyn.....168

**55.ТРАНСФОРМАЦІЇ КТ-РЕФОРМАТИВ У ДВОХВИМІРНІ ЗОБРАЖЕННЯ З МЕТОЮ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСОБИ ЗА СТОМАТОЛОГІЧНИМ СТАТУСОМ.**  
Ляхіна М.В., Гончарук-Хомин М.Ю., Білей А.М.  
**TRANSFORMATION OF CT-REFORMATS INTO TWO-DIMENSIONAL IMAGES TO OPTIMIZE THE PROCESS OF PERSON IDENTIFICATION BY DENTAL STATUS**  
Lyahin M.V., Goncharuk-Khomyn M.Y., Biley A.M.....171

**56.КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ РЕТЕНОВАНИХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ.**  
Мар'ян-Йовбак В. Ю.  
**THE CLINICAL ASPECTS OF IMPACTED THIRD MOLARS EXTRACTION.**  
V.Y. Maryan-Yovbak.....174

**57.ПОТЕНЦІЙНИЙ ТЕРАТОГЕННИЙ ВПЛИВ СУЧАСНОЇ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ, ЩО ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ В СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ.**

Мочалов Ю.О., Степа О.В.

**POTENTIAL TERATOGENIC IMPACT OF MODERN ANTIBIOTIC THERAPY USED IN DENTAL PRACTICE.**

I.O. Mochalov, PhD, Doc.; O.V. Stepa.....176

**58.ПОШИРЕНІСТЬ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ КАРІЄСУ ЗУБІВ У РОМІВ У М.УЖГОРОД ВІКОМ 12-15 РОКІВ.**

Гриненко Є.М.

**THE PREVALENCE AND INTENSITY OF DENTAL CARIES AMONG ROMA CHILDREN IN UZHGOROD AGED 12-15 YEARS.**

I.M. Grynenko.....179

**59.СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ СТУДЕНТІВ ФАКУЛЬТЕТУ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В УМОВАХ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ.**

Кузьо Н.В.

**THE STATE OF DENTAL HARD TISSUES AMONG STUDENTS OF HEALTH FACULTY IN TERMS OF EMOTIONAL STRESS.**

N. Kuzo.....180

**60.РОЛЬ СУДОВОЇ СТОМАТОЛОГІЇ В СФЕРІ МЕДИЧНО-ПРАВОВИХ ВІДНОСИН.**

Старченко В.В., Лісецька І.С.

**ROLE OF FORENSIC ODONTOLOGY IN FIELD OF MEDICAL-LEGAL RELATIONS.**

V.V. Starchenko, I.S. Lisetska.....181

**61.ПАРАФУНКЦІЯ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ.**

Стецик А. О.

**PARAFUNCTION OF MASTICATORY MUSCLES: CAUSES, DIAGNOSTIC METHODS AND TREATMENT.**

A.O.Stetsyk.....182

**62.СТАН РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ТА ФАКУЛЬТЕТУ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ.**

У.І. Брецько

**STATE OF THE ORAL CAVITY IN STUDENTS OF DENTAL FACULTY AND FACULTY OF HEALTH.**

U.I. Bretsko.....184

**63.ПОКРАЩЕННЯ АЛГОРИТМІВ ГРАФІЧНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ДЕНТАЛЬНОГО ВІКУ СЕРЕД НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ.**

Форос А.І.

**IMPROVEMENT OF GRAPHICAL ANALYSIS ALGORITHMS FOR DENTAL AGE ESTIMATION AMONG DRUG ADDICTS.**

A.I. Foros. ....186

**64.АНАЛІЗ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ.**

Цоцко Ю.В

**ANALYSIS OF RATIONAL NUTRITION IN DIFFERENT AGE GROUPS.**

Y.V.Tsotsko.....189

**65.ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ НА ЗАХВОРЮВАНІСТЬ КАРІЄСОМ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ВІКОМ ВІД 18 ДО 24 РОКІВ У М. УЖГОРОД І УЖГОРОДСЬКОМУ РАЙОНІ.**

Чепара С.В.

**FEATURES OF ENVIRONMENTAL FACTORS INFLUENCE ON THE INCIDENCE OF TOOTH DECAY AMONG THE POPULATION AGED 18 TO 24 IN THE CITY OF UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT.**

S.V. Chepara.....190

**66.ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ СОМАТОТИПОМ ЛЮДИНИ ТА ПОТРЕБОЮ В ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ СЕРЕД МОЛОДІ.**

Шешуков Д.В.

**THE RELATIONSHIP BETWEEN SOMATOTYPE AND THE HUMAN NEED FOR ORTHODONTIC TREATMENT AMONG YOUNG PEOPLE.**

D.V. Sheshukov.....192

- 67.ВДОСКОНАЛЕННЯ РОЗБІРНОЇ КУКСО-КОРЕНЕВОЇ ВКЛАДКИ У БАГАТОКОРЕНЕВИХ ЗУБАХ.**  
Шинкарук Б.В. Пілійчук М.І  
**IMPROVEMENT OF SECTIONAL TAB ROOT INLAY-CORE IN MULTIROOTED TOOTH .**  
Shynkaruk B.V., Piliychuk M. I.....194
- 68.ПОТЕНЦІЙНА ЦІННІСТЬ ДОСВІДУ РЕСПУБЛІКИ СЛОВАЧЧИНА В РЕФОРМУВАННІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ УКРАЇНИ.**  
Мочалов Ю.О., Сабов А.В.  
**THE POTENTIAL VALUE OF EXPERIENCE OF THE SLOVAK REPUBLIC IN THE REFORM OF DENTAL CARE FOR UKRAINE.**  
I.O. Mochalov, A.V. Sabov.....196
- 69.СУЧАСНІ МЕТОДИ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ГЕМАНГІОМ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.**  
Ю.О. Мочалов, Р.Р. Шкєрта  
**MODERN METHODS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF HEMANGIOMAS IN MAXILLOFACIAL AREA.**  
I.O. Mochalov, R.R.  
Shkerta.....198
- 70.ОПТИЧНА СУМІСНІСТЬ ВІДНОВЛЮВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ З ТКАНИНАМИ ЗУБА ПІД ДІЄЮ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОСВІТЛЕННЯ.**  
Тарасюк Я.М.  
**OPTICAL COMPATIBILITY OF RESTORATIVE MATERIALS WITH HARD TISSUES OF TOOTH UNDER THE ULTRAVIOLET LIGHT**  
Y.M. Tarasyuk.....200
- 71.АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПРОВЕДЕННЯ ПРОТИПУХЛИННОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ НА СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ З ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ НЕОПЛАСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ В ШЛЮНКОВО-КИШКОВОМУ ТРАКТІ.**  
Вовчанська С.В.  
**THE ANALYSIS OF CHEMOTHERAPY INFLUENCE ON THE DENTAL STATUS OF PATIENTS WITH GASTRO-INTESTINAL CANCER.**

**72. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРУВАННЯ ЗУБІВ ПІД МЕТАЛОКЕРАМІЧНІ КОРОНКИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ НАЙБІЛЬШ ОПТИМАЛЬНОГО ВАРІАНТУ.**

Гелетей В.В., Негря А.В., Сливар Н.О., Фогел Е.В.

**COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF TEETH PREPARATION FOR METAL-CERAMIC CROWS AND DEFINITION OF THE BEST OPTION.**

V.V. Heletei, A.V. Nehrya, N.O. Slivar, E.W. Fogel.....204

**73. ВПЛИВ СВІТЛОДІОДНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА АНТИБІОТИКОЧУТЛИВІСТЬ ФАКУЛЬТАТИВНО АНАЕРОБНОЇ МІКРОФЛОРИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ II-III СТУПЕНІВ.**

Данко Е. М.

**THE IMPACT OF LED RADIATION ON SENSITIVITY OF ANTIBIOTICS OF FACULTATIVE ANAEROBIC MICROORGANISMS OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS WITH II-III LEVELS OF SEVERITY.**

E.M. Danko .....208

**74. ДЕНТОФОБІЯ СЕРЕД ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ М.УЖГОРОДА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ БОРОТЬБИ З НЕЮ.**

Мороз Н. І.

**DENTOFOBIA AMONG PRESCHOOL CHILDREN OF UZHGOROD CITY AND EFFICIENCY OF METHODS FOR ITS TREATMENT.**

N.I. Moroz.....210

**75. ОБ'ЄКТИВНИЙ МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ КОЛЬОРУ ЗУБА З ВИКОРИСТАННЯМ КОЛІРНОГО ПРОСТОРУ CIE LAB.**

Росоха В. М.

**OBJECTIVE METHOD FOR TOOTH COLOUR EVALUATION WITH THE USE OF COLOUR DIMENSION CIE LAB.**

V.Rosoha.....212

**76.ОКЛЮЗІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З БРУКСИЗМОМ ТРЕТЬОГО СТУПЕНЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК).**

Штибель Д. В., Данилюк Д. В., Штибель Н. В.

**OCCLUSAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH THIRD DEGREE BRUXISM (CASE REPORT).**

D.V. Shtybel, D.V. Danylyuk, N.V. Shtybel.....213

**77.КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.**

Гелей Н.І., Гелей В.М.

**TREATMENT OF PERIODONTAL ABSCESS COMPLEX USING ANTIHOMOTOXIC PREPARATIONS.**

N.I. Heley, V.M. Heley.....215

**78. АНАЛІХ ПОШИРЕНОСТІ КАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ВІКОМ 7-12 РОКІВ.**

Мелкумян Т.С

**ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF DENTAL CARIES OF PERMANENT TEETH OF CHILDREN 7-12 IN TER AGE OF 7-12 YEARS .**

T.S.Melkumian.....217

**79.ТОЧНІСТЬ ВИМІРЮВАНЬ КОНУСНОСТІ ПРИ ФОТОГРАФУВАННІ СМАРТФОНОМ З ДОДАТКОВИМИ МАКРООБ'ЄКТИВАМИ**

Пашек-Садоха Рената

**ACCURACY OF TOTAL OCCLUSAL CONVERGENCE MEASUREMENTS USING A SMARTPHONE WITH ADDITIONAL MACRO LENS**

Pashek-Sadokha Renata.....220

**80. ІМУНОГЛОБУЛІН ЯК ПОКАЗНИК НЕСПЕЦИФІЧНОГО ІМУННОГО ЗАХИСТУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ПІДЛІТКІВ**

Камінський М.В

**IMMUNOGLOBULINS AS AN INDICATOR OF NON-SPECIFIC IMMUNE PROTECTION MANDIBULAR FRACTURES IN ADOLESCENTS**

M. Kaminsky .....221

<b>81. ПРОБЛЕМАТИКА ВИБОРУ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ РЕЦЕСІЇ ЯСЕН</b> Цуперяк С.С., Гончарук-Хомин М.Ю. <b>PROBLEM OF CHOOSING DIFFERENT METHODS FOR RECESSION TREATMENT</b> S.S. Tsuperyak, M.Y. Goncharuk-Khomyn.....	223
<b>82. ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗМІН У ВЕРХІВКОВОМУ ПЕРІОДОНТІ</b> Жеро Н.І. <b>DIAGNOSTIC FEATURES OF DESTRUCTIVE CHANGES IN THE APICAL PERIODONT</b> N.I.Zhero.....	225
<b>83. ОЦІНКА УСПІШНОСТІ РЕАБІТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ ТА ПРОТЕТИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ РІЗНОГО ДИЗАЙНУ</b> Кенюк А.Т., Гончарук-Хомин М.Ю. <b>EVALUATION OF REHABILITATION SUCCES AMONG PATIENTS TREATED WITH THE USE OF DENTAL IMPANTS AND PROSTHETIC CONSTRUCTIONS OF VARIOUS DESIGNS</b> A.T. Kenyuk, M.Y. Goncharuk-Khomyn.....	227
<b>84. АНАЛІЗ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ-ХІРУРГА СТОМАТОЛОГА ЗА ДАНИМИ ЗВІТНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ЗОКСП 2012-2016 РОКИ.</b> Гелей В.М. <b>ANALYSIS OF PRACTICAL WORK DENTAL SURGEON ACCORDING TO REPORTING DOCUMENTATION ZOKSP FOR 2012-2016.</b> V.M. Heley.....	229
<b>84. РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ВИДІВ ПРИКУСУ СЕРЕД ЄВРОПЕЙЦІВ ТА КАВКАЗЦІВ</b> Кривенко Людмила Станіславівна, Абрикосова Анастасія Сергіївна <b>MALOCCLUSION PREVALENCE IN EUROPEANS AND CAUCASIANS YOUNG PEOPLE</b> L.S. Krivenko, A.S. Abrikosova.....	236

**85. ІНТРАЛІГАМЕНТАРНА АНЕСТЕЗІЯ У ПІДЛІТКІВ**

Лайош Н.В.

**INTRTALIHAMENTARNA METHOD OF ANESTHESIA IN  
TEENAGERS**

N. Layosh.....237

ОЦІНКА ЗВ'ЯЗКІВ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ ІЗ  
ЗАХВОРЮВАННЯМ НА ГІНГІВІТ У ОСІБ ВІКОМ 18 – 29 РОКІВ  
СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ МІСТА УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО  
РАЙОНУ

Бабич С.А

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Фера О.В., ас. Дячук К.Г.  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

EVALUATION OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN  
ENVIRONMENTAL FACTORS AND GINGIVITIS AMONG  
INDIVIDUALS AGED 18 – 29 YEARS WITHIN THE POPULATION OF  
UZHHOROD AND UZHHOROD DISTRICT

S.A. Babych

Scientific leader: prof. O.V. Fera, Professor; asst. K.G. Dyachuk  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Гінгівіт – це поширене захворювання слизової оболонки ротової порожнини. Воно характеризується запаленням ясен, проте не спричинює руйнування зубоясенної зв'язки. Найчастіше зустрічається у дітей, вагітних жінок та осіб віком до 30 років. Актуальність даного обстеження полягає в тому, щоб науково оцінити та обґрунтувати фактори навколишнього середовища, які є безпосередніми причинами дослідження даного стоматологічного захворювання.

**Мета дослідження.** Визначення впливу основних факторів ризику на виникнення гінгівіту серед населення міста Ужгород та Ужгородського району на основі обробки відповідних даних.

**Матеріали та методи дослідження.** Було проведено анкетування у 256 пацієнтів віком 18-29 років на базі Обласної стоматологічної поліклініки міста Ужгород. У ході опитування вони давали відповідь на запитання щодо факторів, які в тій чи іншій мірі впливають на формування гінгівіту. Було проведено математично-статистичну обробку та упорядкування отриманих даних. Основні характеристики: кількість спостережень, середнє арифметичне, стандартне відхилення. Для оцінки достовірності досліджень використали коефіцієнт імовірності, коефіцієнт рангової кореляції Спірмена, коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона, критерій Стюдента, достовірність розбіжності, коефіцієнт варіації та репрезентативності.

**Результати досліджень та їх обговорення.** На підставі вивчення факторів навколишнього середовища і закономірностей їх впливу на стан слизової оболонки ротової порожнини та проведеного анкетування було здійснено медико-статистичний аналіз отриманих даних. Для виявлення різниці сили взаємозв'язку між чинниками довкілля та появою і розвитком гінгівіту використали t-критерій Стьюдента. Найбільше значення у чоловіків віком 18-21 рік – «Механічна травма щелепно-лицевої ділянки»  $t=2,5107$ , 22-24 роки – «Вид водопостачання»  $t=2,4384$ , 25-29 років – «Дотримання правил гігієни ротової порожнини»  $t=2,4980$ ; у жінок віком 18-21 рік - «Шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю)»  $t=2,6123$ , 22-24 роки – «Спадкові чинники ризику»  $t=2,6154$ , 25-29 років – «Вид вживаної води»  $t=2,4733$ . Показником визначення сили зв'язку по впливу факторів один на одного був коефіцієнт лінійної кореляції Пірсона. Було виявлено, що найсильніший зв'язок показали такі чинники: у пацієнтів віком 18-21 рік – «Характер, режим харчування і склад добового раціону» ( $r=0,93$ ), «Дотримання правил гігієни ротової порожнини» ( $r=0,9$ ); віком 22-24 роки – «Вид водопостачання» ( $r=0,86$ ), «Шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю)» ( $r=-0,83$ ), «Спадкові чинники ризику» ( $r=0,85$ ), «Частота чищення зубів» ( $r=0,95$ ); віком 25-29 років – «Тривалість сну» ( $r=0,86$ ), «Вид водопостачання» ( $r=0,89$ ).

**Висновки.** 1. Виявлено, що найпоширенішими факторами ризику, що впливають на виникнення гінгівіту у категорії осіб віком 18-29 років стали: шкідливі звички (надмірне вживання алкоголю, куріння); вид водопостачання; спадкові чинники ризику; характер, режим харчування і склад добового раціону; дотримання правил гігієни ротової порожнини. 2. Встановлено, що недотримання правил гігієни ротової порожнини може стати головною причиною запалення ясен, тобто – гінгівіту. 3. Проведений аналіз динаміки захворюваності на гінгівіт населення міста Ужгород та Ужгородського району за 2007-2015 роки демонструє тенденції до зростання кількості хворих на гінгівіт. 4. На підставі отриманих результатів дослідження можна запропонувати наступні заходи профілактики: своєчасна санація ротової порожнини, корекція режиму харчування, абсолютна відмова від вживання алкоголю та куріння, дотримання правил гігієни ротової порожнини. 5. Усунення негативної дії несприятливих факторів довкілля запобігає появі захворюваності на гінгівіт та виникненню різноманітних ускладнень, що обумовлює проведення ефективних профілактичних заходів.

**Summary.** Based on the results of research dedicated to the evaluation of environmental factors impact on the oral cavity we received data about prevalence of gingivitis among population of Uzhgorod and Uzhgorod district.

Dynamics of disease was analyzed, and the direction and force of impact of negative factors on its formation was identified. Causes of gingivitis among individuals aged 18-29 years under the influence of environmental factors were found, taking into account the results of the survey and medical and statistical analyze. The main factors causing the development of this disease were determined: 1) bad habits (excessive consumption of alcohol, smoking):  $t = 2,6123$ ,  $r = -0,83$ ; 2) the type of water supply:  $t = 2,4384$ ,  $r = 0,89$ ; 3) genetic risk factors:  $t = 2,6154$ ,  $r = 0,85$ ; 4) character of nutrition, diet and the composition of the daily diet:  $t = 2,419$ ,  $r = 0,93$ ; 5) adherence to oral hygiene:  $t = 2,4980$ ,  $r = 0,9$ .

ВСТАНОВЛЕННЯ ЗАКОНОМІРНОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ  
ЗАХВОРЮВАНОСТІ КАРІЄСОМ СЕРЕД ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ М.  
УЖГОРОДА ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ ЗА 2011-2015 РР.

Бедей В. В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Фера О. В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет

Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

VERIFICATIONN OF CONSISTENT PATTERNS OF CARIES DISEASE  
AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS OF UZHGOROD AND  
UZHGOROD DISTRICT DURING 2011-2015

V.V. Bedey

Scientific leader: prof. O.V. Fera

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Карієс зубів є одним із найпоширеніших стоматологічних захворювань, розповсюдженість якого досягає 90,0 - 99,8% у різних вікових групах. При цьому зберігається тенденція до росту інтенсивності цього захворювання. У дитячому віці воно посідає перше місце серед хронічних захворювань і зустрічається в 5 – 8 разів частіше, ніж бронхіальна астма, яка займає друге місце. За даними різних авторів від 80 до 90% дітей з молочним прикусом, близько 80% підлітків на момент закінчення школи, мають каріозні порожнини, а 95 – 98% дорослих мають запломбовані зуби. Особливу увагу до стоматолога

привертає поверхневий карієс зубів. Лікування карієсу на цій стадії сприяє відновленню анатомічної форми зубів, їх функції та дозволяє запобігти подальшому розвитку каріозного процесу, зупинити його ускладнення. У зв'язку з такою епідеміологічною ситуацією, актуальною є проблема попередження карієсу, розробка профілактичних програм та оцінка їх ефективності.

**Мета дослідження.** підвищення ефективності первинної профілактики карієсу зубів на підставі вивчення епідеміології, основних екологічних, соціально-гігієнічних і місцевих факторів ризику у мешканців м. Ужгорода та Ужгородського району і розробка лікувально-профілактичного комплексу.

**Матеріали та методи дослідження.** Для вивчення рівню захворюваності на карієс та впливу чинників зовнішнього середовища, що можуть спричинити дане захворювання, було проведено анкетування серед дітей та підлітків м. Ужгорода та Ужгородського району віком від 7 до 18 років. Було зібрано 205 анкет, та виокремлено 3 вікові групи: 7-12 років, 13-15 років та 16-18 років. Проведено загальний розподіл по статі для кожного фактору, що може спричинити виникнення або ускладнення каріозного процесу. Було проведено математично-статистичну обробку, гігієнічно-статистичний аналіз та висновок впливу зазначених факторів з урахуванням результатів показників всіх коефіцієнтів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Після проведення гігієнічно-статистичного аналізу та висновку факторів зовнішнього впливу, була проведена оцінка рівня впливу кожного фактору на виникнення або ускладнення захворюваності на карієс в населення м. Ужгород та Ужгородського району з віковою групою 7-18 років. Кожен фактор є чинником формування даного захворювання і має свій індивідуальний вплив на етіологію цієї патології. Відповідно до показників коефіцієнту лінійної кореляції Пірсона фактори “Вид водопостачання” ( $r=-0,42$ ), “Розташування житла” ( $r=-0,44$ ), “Частота стресових ситуацій” ( $r=0,51$ ) - із середньою силою впливають на виникнення каріозного ураження. Фактори “Рівень освіти” ( $r=0,27$ ), “Контакт з ґрунтом” ( $r=-0,14$ ), “Домашні тварини” ( $r=-0,30$ ) “Механічна травма ЩЛД” ( $r=0,23$ ) - майже не впливають або дуже слабо впливають на формування даної патології. Такі фактори як: “Частота прийомів їжі на день” ( $r=-0,79$ ), “Кількість вітамінів, мікроелементів в добовому раціоні” ( $r=0,83$ ) “Шкідливі звички” ( $r=-0,85$ ), “Кількість перекусів протягом дня” ( $r=-0,71$ ), “Вид продуктів харчування в щоденному раціоні” ( $r=0,77$ ), - мають сильний вплив на розвиток каріозного процесу. Встановлено прямий зв'язок між виникненням захворюваності на карієс

та факторами “Дотримання правил гігієни ротової порожнини”(r=0,90), “Інфекційні та вірусні захворювання”(r=0,88), “Частота чищення зубів (r=0,96) та “Спадкова схильність”(r=0,93). Для виявлення достовірності різниці показників у різних вікових групах використовували коефіцієнт Стьюдента. При кількості анкет у даних вікових групах та довірчому інтервалі  $p=0,05$ , коефіцієнт Стьюдента  $t=1.97171$ . Рівень достовірності  $p=0,05$  є достатнім для даного дослідження. Цей показник дає нам 95% ймовірність, що результати мають не випадковий характер. Коефіцієнт ймовірності використали для виявлення достовірності або випадковості події для кожного фактору, виражається від 0 до 1 або у відсотках від 0% до 100%, 0-подія практично неможлива, 1 - подія достовірна, проаналізувавши результати показника коефіцієнта ймовірності можна точно сказати, що більшість показників наближені до 1, тобто є імовірні.

**Висновки.** 1) Проведені нами дослідження дають змогу визначити фактори, які впливають на виникнення каріозного процесу (“Частота прийомів їжі на день”(r=-0,79), “Кількість вітамінів, мікроелементів в добовому раціоні”(r=0,83), “Шкідливі звички”(r=-0,85), “Кількість перекусів протягом дня”(r=-0,71), “Вид продуктів харчування в щоденному раціоні”(r=0,77)).

2) Отримані нами результати гігієнічно-статистичного аналізу демонструють, що фактори: “Вид водопостачання”(r=-0,42), “Розташування житла”(r=-0,44), “Частота стресових ситуацій”(r=0,51) - із середньою силою впливають на виникнення каріозного ураження.

3) Встановлено прямий зв'язок між виникненням захворюваності на карієс та факторами “Дотримання правил гігієни ротової порожнини”(r=0,90), “Інфекційні та вірусні захворювання”(r=0,88), “Частота чищення зубів”(r=0,96) та “Спадкова схильність”(r=0,93).

4) У зв'язку із високою тенденцією захворюваності та поширеності каріозного процесу серед досліджуваних вікових груп по статі доцільно систематично відвідувати лікаря-стоматолога.

5) З метою профілактики, ранньої діагностики та лікування захворюваності на карієс серед дітей та підлітків віком від 7 до 18 років пропонуємо використання розробленої нами анкети.

**Summary.** In this work we provide scientific argumentation of lifestyle features influence on the formation of tooth caries among people aged 7-18 years. Thesis represents the driving factors that most significantly affect the caries.

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГІЧНОГО  
СТАТУСУ СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ТА  
СТУДЕНТІВ ІНШИХ ФАКУЛЬТЕТІВ УЖНУ

Білинський О. Я., Добровольська М.К.

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF DENTAL STATUS OF  
STUDENTS OF FACULTY OF DENTISTRY AND STUDENTS OF OTHER  
FACULTIES OF UZHNU

O.Y. Bilynskyi, M.K. Dobrovol'ska

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Проблема карієсу зубів, незважаючи на значну кількість сучасних лікувально-профілактичних комплексів, залишається актуальною, про що свідчать високі показники інтенсивності та розповсюженості карієсу серед молоді. Однак не зважаючи на це, значна частина студентів не приділяє достатньої уваги гігієнічному стану ротової порожнини.

**Мета дослідження.** Визначити поширеність та інтенсивність каріозного процесу, провести порівняльну характеристику стану гігієни ротової порожнини та санітарно-гігієнічної освіченості серед студентів УжНУ.

**Матеріали та методи дослідження.** У період з жовтня 2016 до лютого 2017 року на базі кафедри терапевтичної стоматології стоматологічного факультету УжНУ було проведено обстеження студентів, жителів Закарпатської області, що навчаються в Ужгородському національному університеті віком від 19 до 22 років. Стан твердих тканин зубів вивчали за допомогою індексу інтенсивності (КПВ), рівень гігієни розраховували за індексом Федорова-Володкіної (1961 р.), рівень санітарно-гігієнічної освіти визначали за допомогою анкетування. Статистичну обробку результатів досліджень здійснювали за допомогою загальноприйнятих методів варіаційної статистики.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всі обстежувані студенти були поділені на дві групи: першу групу становили 40 студентів стоматологічного факультету, другу – 40 студентів інших факультетів УжНУ. Поширеність карієсу серед обох груп становила 97,2%, що відповідає дуже високому рівню. Інтенсивність ураження КПВ був схожим і дорівнював в середньому 16,6. Однак компонент «К» (карієс) в

першій групі становив 32,5%, а в другій відповідав показнику 56,6%. (Таб. 1).

Таб. 1. Розподіл компонентів індексу КПВ

Інтенсивність карієсу (КПВ)	Студенти стоматологічного факультету	Студенти інших факультетів
К (каріозний зуб)	32,5%	56,6%
П (пломбований зуб)	58,7%	33,3%
В (видалений зуб)	8,8%	10,1%

Індекс гігієни за Федоровим-Володкіною, у групи студентів стоматологічного факультету варіювався від 1,3 до 3,4 і в середньому дорівнював 1,72, що відповідав задовільному рівню гігієни. Добрий рівень гігієни спостерігався у 65,6% студентів, 23,3% мали задовільний рівень, а незадовільний відмічався у 11,1% студентів. Серед групи студентів з інших факультетів УжНУ індекс гігієни Федорова-Володкіної становив в межах 1,2-4,8 і в середньому дорівнював 3,26. Добрий рівень гігієни спостерігався у 24,5% студентів, 43,3% мали задовільний рівень, а незадовільний становив 32,2% студентів. (таб. 2). З результатів анкетування було зроблено висновок про різний рівень гігієнічної освіченості серед студентів.

Таб.2 Індекс гігієни Федорова-Володкіної по групах

Стан гігієни	Студенти стоматологічного факультету	Студенти інших факультетів УжНУ
Добрий	65,6%	24,5%
Задовільний	23,3%	43,3%
Незадовільний	11,1%	32,2%

**Висновки.** Згідно з результатами обстеження, можна зробити висновки, що студенти стоматологічного факультету мають на порядок кращий рівень гігієни на відміну від поганого рівня групи студентів інших факультетів. При цьому студенти стоматологічного факультету регулярно відвідують стоматолога, чистять зуби два рази на день, використовують допоміжні засоби для догляду за ротовою порожниною і мають значно меншу кількість каріозних зубів, що свідчить про високу обізнаність щодо виникнення та умов розвитку карієсу, оскільки дані теми входять у програму вивчення курсу терапевтичної стоматології, на

відміну від іншої групи, які мають відносно низький рівень гігієни ротової порожнини, здійснюють гігієну порожнини рота один раз на день, змінюють зубну щітку в середньому один раз в шість місяців, рідко користуються послугами стоматолога та мають недостатній рівень санітарно-гігієнічної освіченості. Студенти другої групи мотивують свій стан недостатньою обізнаністю про причини виникнення карієсу, гігієнічні засоби та методи для дотримання гігієни порожнини рота та недостатньою санітарно-просвітницькою роботою серед молоді, що говорить про необхідність створення методичних рекомендацій і проведення санітарно-просвітницької роботи серед студентської молоді.

**Summary.** According to the survey, we can conclude that students of dental faculty have better level of hygiene in opposite to the poor level of students of other faculties. Students of dental faculty regularly visit the dentist, brush their teeth twice a day and have significantly fewer carious teeth. Second group have a relatively low level of oral hygiene which is carried out once a day, rarely use the services of a dentist and have insufficient sanitary hygiene education. Students of the second group motivated their condition by insufficient awareness about the causes of tooth decay, methods of oral hygiene and inadequate sanitary educational work among young people, which indicates the necessity of guidelines and conducting health education work among students.

## ВИКОРИСТАННЯ МІКРОПРОТЕЗУВАННЯ У СТОМАТОЛОГІЧНИХ КЛІНІКАХ

ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА.

Бульбук О.В., Бульбук О.І.

Кафедра стоматології післядипломної освіти, кафедра ортопедичної  
стоматології

Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-  
Франківськ, Україна

## A REVIEW OF USING DENTAL INLAYS/ONLAYS IN THE IVANO- FRANKIVSK CLINICS

O.V. Bulbuk, O.I. Bulbuk

Department of Postgraduate Dental Education, Department of Prosthetic  
Dentistry

**Актуальність теми.** Дефекти коронки зуба найчастіше утворюються внаслідок карієсу, що вражає від 80 до 88% населення, в деяких регіонах – до 100% (П.А.Леус, 2000; Л.О.Хоменко, 2003), некаріозних уражень у вигляді гіпоплазії, флюорозу, патологічного стирання, травми зубів (Т.Ф. Виноградова і співав., 1998; В.І. Біда, 2002). Сучасною альтернативою прямим композитним реставраціям є виготовлення вкладок лабораторним шляхом. (Jason Hui, 2013; G. V. Krishna Mohan, 2014). Висока клінічна ефективність суцільнокерамічних мікропротезів (90%-100%), виготовлених методом CAD/CAM, підтверджена багатьма науковими дослідженнями (U. Pallesen, 2006; N. Berg, T. Derand, 2007).

**Мета дослідження.** Метою нашого дослідження став аналіз ортопедичних методів відновлення дефектів твердих тканин зубів, що використовуються в стоматологічних клініках м. Івано-Франківська.

**Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети нами було проведено аналіз ортопедичних методів відновлення дефектів твердих тканин зубів. Також використовуючи електронні ресурси, опитування лікарів та зубних техніків, ми провели аналіз можливостей стоматологічних клінік м. Івано-Франківська проводити мікропротезування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Базуючись на даних вивченої нами літератури, наукових розробках вчених, порівнянні характеристик різних методів ортопедичного відновлення твердих тканин зубів ми можемо констатувати, що протягом останніх років постійно вдосконалюються технології виготовлення вкладок для заміщення дефектів твердих тканин зубів, що зумовлює високу перспективу їх використання в лікувальній практиці. На сьогодні мікропротезування не отримало достатнього поширення в практичній охороні здоров'я, що зумовлено низьким рівнем впровадження передових технологій зубного протезування, недостатнім матеріальним забезпеченням стоматологічних клінік, необґрунтовано широким застосуванням штучних коронок.

Значна кількість ускладнень спричинена неправильним вибором конструкцій, матеріалів і технологій виготовлення мікропротезів. Як наслідок спостерігається рідке використання непрямого методу лікування: із 341 зубів, які мали покази до непрямої реставрації тільки 5 (1,5%) зубів були відновлені вкладками (С.Н. Носикова, 2014).

**Висновки.** На основі проведених досліджень ми можемо стверджувати, що ортопедичне лікування дефектів твердих тканин є складним і має свої особливості. Для ортопедичного лікування дефектів твердих тканин в стоматологічних клініках м. Івано-Франківська застосовують різноманітні ортопедичні конструкції: керамічні вкладки, які спікаються; пресовані керамічні вкладки; керамічні та композитні вкладки CAD/CAM; цирконієві вкладки; різноманітні види коронок.

Отже, проблема вибору методу ортопедичного лікування дефектів твердих тканин залишається актуальною і складною, досконало не вивчена, спірна в деяких аспектах і потребує вирішення в клініці ортопедичної стоматології.

**Summary.** During the analysis of various authors' research data, we can state that Ukrainian population urgently needs adequate dental care. Crown defects are often caused by caries affecting 80-88% of the population and in some areas up to 100%, as well as by non-cariou lesions such as hypoplasia, fluorosis, abnormal abrasion and dental trauma. Laboratory manufactured dental inlays may be used as a modern alternative to direct composite restorations. In order to approve the patient's treatment plan, an accurate diagnosis must be established. The second important condition for the proper choice of treatment plan is being aware of all the types of therapeutic devices and dentures, their peculiarities, therapeutic and functional role of every part of the dental prosthesis.

## МІНЕРАЛЬНІ ВОДИ ЗАКАРПАТТЯ В КОМПЛЕКСНІЙ ПРОФІЛАКТИЦІ ОСНОВНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Демчик І. М.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Клітинська О. В.  
Кафедра стоматології дитячого віку, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород,  
Україна.

## MINERAL WATER OF TRANSCARPATHIAN REGION IN COMPLEX PREVENTION OF MAJOR DENTAL DISEASES

I.M. Demchyk  
Scientific leader: prof. O.V. Klitynska

**Актуальність теми.** Досі у стоматології актуальним залишається пошук немедикаментозних засобів для профілактики карієсу та захворювань пародонта. Особливо це необхідно на фоні підвищеної алергізації населення. Мінеральні води, в цьому питанні, привертають особливу увагу.

**Мета дослідження.** Дослідити можливості застосування мінеральних вод Закарпатської області в комплексній профілактиці карієсу та хвороб пародонта.

**Матеріали та методи досліджень .** Використаний аналітичний метод дослідження для аналізу літературних джерел загальною кількістю 125.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В Закарпатті існує близько 400 мінеральних цілющих джерел з різноманітним складом, температурою та лікувальними властивостями. Вони належать до всіх бальнеологічних груп, прийнятих Міжнародною конвенцією стандарту природних мінеральних вод (мінеральні води без специфічних компонентів, вуглекислі, сірководневі, залізисті, арсенові, кремнієві, йодо-бромні, радонові, борвмісні). Згідно класифікації більшість мінеральних вод Закарпаття (75%) - це води із специфічними компонентами, серед яких переважають вуглекислі. Вони є аналогами таких відомих типів вод як «Сентуки №7», «Боржомі», «Арзні», «Борсек» та інші. За вмістом таких мікроелементів, як залізо, бром, йод, арсен, кремній в області є рідкісні мінеральні води (типу «Криниця», «Келечинська», «Сойминська», «Кваси» тощо). На Закарпатті присутні унікальні родовища мінеральних вод: Лужанське (Голубинське), Полянське, Новополянське, Шаянське. Значні запаси лікувальних мінеральних вод Закарпаття, а також сприятливі кліматичні умови, є основою нинішнього розвитку бальнеологічних і кліматичних курортів області (11 курортів та 30 водолікарень місцевого значення, 6 реабілітаційних відділень). Крім цього вони розливаються підприємницькими структурами та використовуються населенням як лікувальні або столові. На даний час розливаються і добре відомі споживачам далеко за межами області такі типи вод: «Поляна Купель», «Плосківська», «Поляна Квасова», Лужанська», «Неліпінська», «Свалявська», «Шаянська». У мінеральних водах Закарпаття містяться мікроелементи в різних комбінаціях і кількостях, що відповідають терапевтичним дозам. Це зумовлює можливість їх застосування для

лікування різних патологій органів травлення, серцево-судинної, ендокринної, периферійної, нервової та інших систем органів людини. У стоматології мінеральні води можуть застосовуватися як для загальної, так і для місцевої (зрошення, полоскання, аплікації тощо) профілактики захворювань ротової порожнини. Призначення мінеральних вод залежить від їхнього складу та патології, що лікується. В основному вивчається вплив при найпоширеніших захворюваннях – карієсі та пародонтиті.

**Висновки.** Закарпатська область має значні запаси мінеральних вод, лише частина яких використовується. Їхнє застосування в комплексній профілактиці карієсу та захворювань пародонта є перспективним та багатообіцяючим напрямом в стоматології. Їхнє використання дозволить зменшити або повністю усунути потребу в медикаментозній терапії, що є важливим, особливо в дитячому віці.

**Summary.** Almost all types of mineral waters are found at the Transcarpathian region. They are widely used in hospitals and as table water. In the mineral waters of Transcarpathia we found microelements that meet therapeutic doses. The best results of their application is in the form of hydroprocedures.

## РОТОВА РІДИНА У ДІТЕЙ 3-5 РОКІВ ХВОРИХ НА РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ

Демянчук Ю.В., Станкович П.І., Левченко А.-О.Ю., Кантор Н.І., Токар  
В.В., Грига М.М.

Науковий керівник: к.мед.н. Горзов В.В.

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет,  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## ORAL FLUID IN CHILDREN AGED 3-5 YEARS WHO SUFFER FROM REFLUX DISEASE

Y.V. Demianchuk, P.I. Stankovych, A.-O. Levchenko, N.I. Kantor,  
V.V. Tokar, M.M. Griga

Scientific leader: PhD.V.V Horzov

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Анатомічно і функціонально ротова порожнина найбільш тісно пов'язана із стравоходом, тому патологія стравоходу не може не позначитись на стані слизової оболонки порожнини рота. У більшості досліджень вивчається функціональна характеристика органів порожнини рота без урахування безпосереднього впливу факторів агресії на слизову оболонку та тверді тканини зуба. Встановлено, що патологія тканин і органів порожнини рота пов'язана з порушенням роботи шлунка та дванадцятипалої кишки, і визначається клінікою езофагіту та рефлюкс-гастриту.

**Мета дослідження.** Визначення складу ротової рідини у дітей (5-7 років) хворих на рефлексну хворобу, для подальшого складання плану лікування і профілактики стоматологічної патології у пацієнтів даної групи.

**Матеріали та методи досліджень.** Було обстежено 19 дітей дошкільного віку, які були розділені на дві групи - першу групу склали діти з гастроєзофагіальним рефлюксом - 7 дітей; другу групу - 12 дітей з дуоденогастрофагіальним рефлюксом. Всі діти при обстеженні знаходились в рівних умовах – на стаціонарному лікуванні в дитячій міській лікарні м. Ужгорода. У всіх обстежених дітей досліджені властивості слини за наступними показниками: вміст калію і натрію, з визначенням калієво-натрієвого коефіцієнта, активність лужної фосфатази, водневий показник, швидкість слиновиділення

**Результати дослідження та їх обговорення.** При гастроєзофагіальному рефлюксі рН становить  $6,56 \pm 0,44$ ; лужна фосфотаза знаходиться в межах  $2,65 \pm 0,66$  мг / л; іонів калію  $21,48 \pm 0,56$  ммоль / л і іонів натрію  $4,92 \pm 0,28$  ммоль / л, калієво-натрієвий коефіцієнт - 0,22. Швидкість слиновиділення складає  $0,33 \pm 0,06$  мл / хв. При дуоденогастрофагіальному рефлюксі рН зміщується в лужну сторону і має середню величину  $7,23 \pm 0,48$ ; вміст лужної фосфатази в середньому  $1,59 \pm 0,55$  мг / л; іонів калію -  $21,3 \pm 0,58$  ммоль / л, іонів натрію  $4,68 \pm 0,46$  ммоль / л, калієво-натрієвий коефіцієнт - 0,22. Швидкість слиновиділення складає  $0,48 \pm 0,05$  мл / хв.

**Висновки.** Таким чином гастроєзофагіальний і дуоденогастральний рефлюкси змінюють склад ротової рідини у дітей дошкільного віку. Склад ротової рідини залежить від форми рефлюксу. Агресивний характер рефлюктата формує патологію органів порожнини рота.

**Summary.** Gastroesophageal and duodenogastric refluxes change the composition of oral liquid among children of preschool age. The composition

of oral liquid depends on the form of reflux. The aggressive nature of reflux provokes pathologies of oral cavity.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ХАРЧУВАННЯ ТА ІНШИХ ФАКТОРІВ  
ПОБУТУ І ДОВКІЛЛЯ НА ВИНИКНЕННЯ ТА РОЗПОВСЮДЖЕННЯ  
ПЕРІОДОНТИТУ СЕРЕД ОСІБ ВІКОМ ВІД 24-29 РОКІВ М. УЖГОРОД  
ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ

Гайналій А.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Фера О.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

FEATURES OF NUTRITION AND OTHER FACTORS OF LIFE AND THE  
ENVIRONMENT INFLUENCE ON THE EMERGENCE AND SPREAD OF  
PERIODONTITIS IN PEOPLE AGED 24 TO 29 YEARS AMONG THE  
POPULATION OF UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT

A.V. Gaynaliy

Scientific leader: prof. O.V. Fera, Professor

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** На сьогодні, періодонтит є поширеним захворюванням серед населення м. Ужгород та Ужгородського району. Існує багато факторів, які впливають на це захворювання, тому було вирішено розглянути питання впливу чинників харчування, побуту і довкілля на виникнення та розповсюдження періодонтиту більш детально. Відзначається висока захворюваність населення міста Ужгород і Ужгородського району на хронічні форми періодонтиту. Вагомий вплив на виникнення періодонтиту має добовий харчовий раціон, який складається на основі фізіологічних потреб організму людини. З метою уникнення виникнення захворювання органів ротової порожнини в добовому раціоні необхідно обмежити споживання солодоців, кави, а також газованої води, що негативним чином впливає на зубну емаль. Значна поширеність захворювань тканин періодонта не викликає сумнівів щодо доцільності наукових досліджень.

**Мета дослідження.** Дослідити вплив аліментарного фактору та інших факторів побуту і довкілля на виникнення, формування та розповсюдження періодонтиту, підвищити ефективність заходів профілактики та виявити чинники, які мають вагомий вплив на формування даного захворювання.

**Матеріали та методи дослідження.** На основі клінічних обстежень проведено анкетування серед населення м. Ужгорода та Ужгородського району віком від 24 до 29 років, з яких у 188 пацієнтів виявлено захворювання на періодонтит. У дослідженні використано такі методи: соціально-гігієнічний метод; епідеміологічний; математично-статистичний; медико-соціальний.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У ході дослідження проаналізовано взаємозв'язок харчування, факторів побуту та довкілля, які впливають на виникнення та розвиток періодонтиту в осіб віком від 24 до 29 років. Анкетування проведено серед 188 жителів міста Ужгород та Ужгородського району. Опитування проводилося із врахуванням статі, віку, складу харчового раціону, кількості та виду вживаної води, дотримання правил гігієни ротової порожнини, наявності шкідливих звичок. Розроблена анкета складалася з 33 питань.

Зробивши математичний аналіз даних анкетування на підставі коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена і Стьюдента було проведено між чинників, які безпосередньо призводять до виникнення періодонтиту: частота прийомів їжі на день (чоловіки -  $r=0,96$ ;  $t=0,7885$ , жінки -  $r=0,8$ ;  $t=1,175$ ); тип харчування (чоловіки -  $r=0,52$ ;  $t=2,3705$ , жінки -  $r=0,39$ ,  $t=2,053$ ); продукти харчування у щоденному раціоні (чоловіки -  $r=0,84$ ;  $t=2,2431$ , жінки -  $r=0,34$ ;  $t=0,343$ ); перекуси протягом дня (чоловіки  $t=1,1114$ ;  $r=0,97$ , жінки -  $t=0,724$ ;  $r=0,55$ ); вид водопостачання (чоловіки -  $r=0,27$ ;  $t=1,5327$ , жінки -  $r=0,92$ ;  $t=0,398$ ); дотримання правил гігієни ротової порожнини (чоловіки -  $r=0,62$ ;  $t=0,1926$ , жінки -  $r=0,78$ ;  $t=2,5$ ).

**Висновки.** 1. Використавши значення середнього арифметичного числа, стандартного відхилення, коефіцієнта ймовірності, достовірності розбіжності, коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона, коефіцієнта рангової кореляції Спірмена, t-критерію Стьюдента, коефіцієнта варіації, коефіцієнта репрезентативності виділено фактори харчування, побуту і довкілля, які найбільше впливають на виникнення та розповсюдження періодонтиту. Найбільшу достовірність обрахунків дає значення коефіцієнта t-критерію Стьюдента та коефіцієнта рангової кореляції Спірмена.

2. На основі отриманих результатів і визначених статистичних коефіцієнтів наукового дослідження встановлено, що до визначальних факторів, які впливають на формування та прояв періодонтиту відносяться: Частота прийомів їжі на день; Тип харчування; Продукти харчування у щоденному раціоні; коефіцієнт репрезентативності; Вид водопостачання; Дотримання правил гігієни ротової порожнини.

3. Харчування дорослого працездатного населення м. Ужгород та Ужгородського району в більшості випадків нераціональне. Добовий харчовий раціон незбалансований за основними інгредієнтами незалежно від віку та статі.

4. Для ранньої профілактики та ефективного лікування періодонтиту в осіб із гострим періодонтитом віком 24-29 років, необхідно своєчасно здійснювати медичні та цільові стоматологічні огляди, оптимізувати добовий раціон харчування, дотримуватися правил гігієни ротової порожнини.

**Summary.** Based on the results and identified statistical factors we found that the determining factors that affect the formation and expression of periodontitis include frequency of meals per day; type of food; food in the diet; factor representativeness; type of supply; compliance with the rules of oral hygiene. For early prevention and effective treatment of periodontitis among patients with acute periodontitis medical and dental examinations should be timely provided. They should also optimize daily diet and follow the rules of oral hygiene.

## УДОСКОНАЛЕННЯ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СУЧАСНОЇ ВОГНЕПАЛЬНОЇ РАНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Гецько Ю. Ю.

Науковий керівник: д. мед наук, проф. Костенко Є. Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## IMPROVED METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF MODERN GUNSHOT WOUND OF MAXILLOFACIAL AREA

Y.Y. Hetsko

Scientific leader: prof. Y.Y. Kosyenko

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry

**Актуальність теми.** Проведення антитерористичної операції (АТО) на сході України поставило ряд важливих завдань перед медичними закладами усіх рівнів МОЗ та МО України, які потребують термінового вирішення. Під час проведення АТО загальна кількість щелепно—лицевих пошкоджень склала 5,1%. В Україні проблема вогнепальних поранень щелепно-лицевої ділянки (ВПЩЛД) представлена окремими повідомленнями, що відображають одиничні спостереження з практики (Ковальков В.Ф., 1992; Пухлик С.М., Богданов К.Г., 1997; Лобинцев В.Г., 1998; Трофименко Н.П., 1999). Проте, в зв'язку з науково-технічним прогресом, зараз все частіше в сучасній вогнепальній рані знаходять нові види зняряду, які відіграють ключову роль в патогенезі та їх лікуванні. Вдосконалення раніше розроблених хірургічних та ортопедичних методів реабілітації пацієнтів з вогнепальними пораненнями та розробка нових з метою оптимізації відновлення функціональної цілісності та естетичної адаптації ЩЛД є актуальним питанням сьогодення.

**Мета дослідження.** Проаналізувати якість надання медичної допомоги хворим з вогнепальними пораненнями ЩЛД та оцінити потребу в удосконаленні методів їх лікування.

**Матеріали та методи дослідження.** За даними військово-медичного клінічного центру "ГВКГ" МО України під час проведення АТО загальна кількість щелепно—лицевих пошкоджень склала 5,1%. Із загальної кількості потерпілих, що поступили на лікування у клініку щелепно—лицевої хірургії Головного військово—медичного клінічного центру "ГВКГ" МО України за час проведення АТО, вогнепальні поранення щелепно—лицевої ділянки склали 85,7%. Аналіз результатів обстеження пацієнтів із бойовою травмою у клініці військово-медичного клінічного центру "ГВКГ" МО України показав, що в структурі вогнепальних поранень переважали осколкові (75%) та кульові поранення (11%). Травматичні ушкодження склали 13%. У 64% поранених діагностували множинні ушкодження ЩЛД, у 23% — поєднану травму. За локалізацією, поранення нижньої щелепи склали 23%, верхньої щелепи — 11%, вилицево—орбітального комплексу — 13%, м'яких тканин — 45%.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Діагностика ізольованих та множинних вогнепальних поранень ЩЛД зазвичай не виклакала труднощів, проте враховую патогенез поєднаних вогнепальних поранень виникають труднощі в їх діагностиці. Після лікування

вогнепальних поранень у військово-медичного клінічного центру "ГВКГ" МО України, пацієнти направлялися на реабілітацію в медичні заклади по місцю проживання.

**Висновки.** 1. Навчання необхідних знань, досвіду, наявність відповідного рівня кваліфікації медичних працівників, які сьогодні надають медичну допомогу пораненим в зоні проведення АТО, а також відповідної медичної літератури, інструкцій, керівних документів, тощо. 2. Своєчасність, обсяг та достатність надання медичної допомоги на I—III рівнях відіграють провідну роль в успішності проведення спеціалізованого лікування щелепно-лицевих поранених на рівні військово-медичних клінічних центрів МО України, обласних лікарень, терміни післяопераційної реабілітації військовослужбовців. 3. Удосконалення методів діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів із сучасними вогнепальними пораненнями ЩЛД.

**Summary.** We conducted conducted analysis to find out the quality of medical care provided for patients with gunshot wounds of maxillofacial area and the need to improve the methods of their treatment. The exploration was conducted according to the Military Medical Clinical Centre "HVKH" Defense of Ukraine. Diagnosis of causes of isolated and multiple gunshot wounds of maxillofacial area usually was not difficult, but should takes into account the pathogenesis of firearm lesions. We proved the need for improved methods of diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with gunshot wounds of the maxillofacial area.

## ОЦІНКА РІВНІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ПАРАДОНТИТ ЗА 2011-2015 РР.

### СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО РАЙОНУ ВІКОМ 30-45 РОКІВ

Грицик А.О.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Фера О.В., ас. Дячук К.Г.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## EVALUATION OF PERIODONTITIS MORBIDITY AMONG POPULATION OF UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT AGED 30- 45 YEARS DURING 2011-2015

A.O.Hritsik

Scientific leader: prof. O.V. Fera, Professor; asst. K.G. Dyachuk  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Пародонтит – це захворювання тканин, що оточують зуб, в результаті якого відбувається руйнування зубоясенного з'єднання. Гінгівіт, тобто запалення ясен, є ранньою стадією пародонтиту, надалі цей процес переходить на інші тканини пародонту, що веде до руйнування періодонта і кісткової тканини альвеолярного відростка. Причиною виникнення даного захворювання, окрім вищезгаданих симптомів, може стати спадкова схильність до захворювань, неправильний прикус, шкідливі звички, незадовільна гігієна ротової порожнини, дефіцит вітамінів та мінералів, імунодефіцит, ятрогенні фактори, лікарські засоби, гормональний дисбаланс. Неякісне пломбування або недолікований карієс також можуть спровокувати розвиток хвороби і її ускладнення. Втрата зубів у старшому віці в більшості випадків обумовлена пародонтитом. Тому для запобігання розвитку цього захворювання має значення рівень санітарної освіти, навчання правильному чищенню зубів ще в дитячому віці і повноцінне харчування. Для запобігання виникнення та вчасної діагностики пародонтиту необхідно кожні півроку відвідувати стоматолога з проведенням професійної гігієни.

**Мета дослідження.** Дослідити вплив факторів навколишнього середовища на виникнення та перебіг пародонтиту, підвищити ефективність заходів профілактики на дане захворювання серед населення м. Ужгорода та Ужгородського району. Для досягнення поставленої мети були визначені наступні завдання:

- вивчити показники зварюваності на пародонтит у осіб віком 30-45 років серед м. Ужгорода та Ужгородського району(2011-2015 рр.);
- методом варіаційної статистики оцінити вплив соціально-гігієнічних та екологічних факторів на виникнення пародонтиту;
- розробити алгоритм лікувально-профілактичних заходів та оцінити їх ефективність.

**Матеріали та методи дослідження.**

1. Соціально-гігієнічний;
2. Епідеміологічний;
3. математично-статистичний;

#### 4. медико-соціальний методи.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У ході дослідження було проведено аналі впливу факторів довкілля на захворювання пародонтитом серед населення м. Ужгорода та Ужгородського району віком 30-45 років. Також проведено анкетування та розподіл населення на вікові категорії. Загальна кількість зібраних анкет: 200(чоловіки: 100, жінки :100). Серед вікових груп 30-34 років зібрано 60 анкет(чоловіки: 30, жінки: 30), 35-39 років – 63 анкети(чоловіки: 32, жінки: 31), 40-45 років – 77 анкет(чоловіки: 38, жінки: 39). Кількість факторів, які впливають на виникнення та розвиток пародонтиту становила 27, а саме: розташування житла, наявність шкідливих, режим харчування, тип харчування, продукти харчування, кількість вітамінів, мікроелементів та мінеральних речовин у добовому раціоні, вид вживаної води, водопостачання, тривалість, дотримання правил особистої гігієни та гігієни ротової порожнини.

**Висновки.** 1. Після проведення математично-статистичного аналізу факторів довкілля було виокремлено рівень впливу кожного фактора на виникнення і формування показників захворюваності на пародонтит серед населення м. Ужгород та Ужгородського району з віковою групою 30-45 років.

2. На основі отриманих результатів можна стверджувати, що до визначальних факторів , які впливають на формування та прояв пародонтиту можна віднести наступні: шкідливі звички (куріння, вживання алкогольних напоїв, надмірне вживання кави, чаю), частота прийомів їжі на день і наявність перекусів протягом дня, вид вживаної води, дотримання правил гігієни ротової порожнини.

3. Отримані результати свідчать про необхідність усунення тих факторів, які найбільш суттєво впливають на розвиток та розповсюдження пародонтиту серед населення міста Ужгорода та Ужгородського району віком 30-45 років.

**Summary.** 1. Based on the results it can be argued that the determining factors that affect the formation and expression of periodontitis include the following: bad habits (smoking, drinking alcohol, excessive consumption of coffee, tea), the frequency of meals per day and snacks throughout the day availability, the type of water used, compliance with the rules of oral hygiene.

2. The results indicate the need to address the factors that most significantly affect the development and distribution of periodontitis among the population of Uzhgorod and Uzhgorod district aged 30-45 years.

# ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ АНОМАЛІЙНОГО ПОЛОЖЕННЯ ІКОЛ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Іваськевич В.З.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Клітинська О. В.

Кафедра стоматології дитячого віку, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна.

## SPECIFICS OF PATHOGENESIS OF ABNORMAL POSITION OF MAXILLAR CANINES Ivaskevych V.Z.

Scientific leader: prof. O.V. Klitynska

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Аномалії зубо-щелепної системи займають одне з основних місць серед патологій щелепно-лицевої ділянки і, за даними різних авторів, їх поширеність сягає 80% (Дрогомирецька М.С., 2014; Дорошенко С.І., 2013). Сагітальні аномалії – одна з найбільш розповсюджених патологій прикусу, її поширеність складає до 50%, та за останнє десятиріччя має тенденцію до зростання, в зв'язку зі змінами характеру харчування та харчових звичок, збільшення загальносоматичних патологій, зокрема обмінних. Вони спричиняють не тільки функціональні та морфологічні порушення зубо-щелепного апарату але і значні естетичні недоліки. Особливу увагу фахівців привертають ікла, бо саме вони відіграють вирішальну роль у формуванні гармонійної зубної дуги, положення губ, естетики профілю обличчя та привабливої посмішки. Крім того, ікла є найбільш стійкими до каріозного процесу і цінними в плані функціонального навантаження (Д.А.Калвеліс, 1961, 1964; А.И.Бетельман й спів. 1965, 1972; С.И. Криштаб й співавт. 1982, 1986; Л.П.Зубкова, 1981; Ф.Я. Хорошілкина, 1982; Kaminek M., 1987 та ін.). Етіопатогенез аномалій тісно пов'язаний з патологією розвитку жувального апарату, в основі якої є спадкові та набуті причини (Білоус А. М. і співавт., 2013; Головка Н. В., 2008; Смаглюк Л. В., 2006; Куроєдова В. Д., 2003).

У зв'язку з цим велику роль у профілактиці вестибулярного положення ікол відіграють як своєчасна діагностика, так і усунення етіологічних факторів на ранній стадії. Питання ортодонтичного лікування пацієнтів з вестибулярним положенням ікол є важливою проблемою теоретичного та практичного характеру в якій взаємно пов'язані біологічні, технічні та клінічні аспекти, що потребують подальшої розробки.

**Мета дослідження.** Аналіз етіології та патогенетичних чинників вестибулярного положення ікол верхньої щелепи.

**Матеріали та методи дослідження.** Епідеміологічні (вивчення поширеності вестибулярного розташування ікол та факторів його ризику з використанням математичної статистики), клінічні (дослідження перебігу лікування вестибулярного положення ікол), рентгенологічні, антропометричні, електродіагностичні методи дослідження.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Основною причиною вестибулярного положення ікол є нестача місця для них у зубному ряду (майже у 97 %), яка з віком збільшується. Діагностичними критеріями в оцінці дефіциту місця є: різниця у розмірах між постійними та тимчасовими зубами (враховуючи середнє значення ширини іклів у межах 7-8 мм); відсутність проміжків між зубами; аномалійне положення постійних різців, а також їх скупченість; медіальний зсув перших премоларів, які при прорізуванні викликають прискорену резорбцію коренів тимчасових іклів і передчасну їх втрату; спадковість, тобто наявність даної аномалії у батьків, як наслідок невідповідності величини зубів величині щелеп та аномалійної закладки зачатків постійних ікол. Рання втрата тимчасових зубів, особливо молярів, провокує дефіцит місця для розміщення постійних різців, а також ікол.

До розвитку аномалій прикусу призводить порушення балансу зубо-альвеолярного, м'язового та скелетного компонентів. Найважливішою серед усіх закономірностей організму є його цілісність і взаємозв'язок між формою і функцією. Як відомо, функція визначає форму. Порушення функцій зубо-щелепної системи – дихання, ковтання, мовлення, жування, а також шкідливі звички (смоктання пальців, губ, щік, язика, різних предметів) призводять не тільки до розвитку зубо-щелепних аномалій, а й до змін постави, функціональних розладів в малому колі кровообігу, затримки психосоматичного розвитку.

**Висновки.** Вестибулярне положення постійних ікол є розповсюдженою зубо-щелепною аномалією, яка з віком зростає і не піддається саморегуляції. Основною причиною вестибулярного розташування ікол є нестача місця для них у зубній дузі внаслідок ранньої втрати тимчасових зубів та несвоєчасного зубного протезування дітей. З прорізуванням постійних молярів дефіцит місця у зубному ряду для ікол збільшується. Дефіцит місця у зубній дузі для ікол можливо прогнозувати на ранніх етапах формування постійного прикусу, тобто до їх прорізування. Тому санація порожнини рота, своєчасне заміщення дефектів зубів та зубних рядів у дітей а також ортодонтична апаратурна підготовка зубних дуг з метою створення належних умов для

прорізування ікол є важливими заходами щодо профілактики даної зубо-щелепної аномалії.

Найбільш ефективним методом ортодонтичного лікування вестибулярного положення ікол, як у естетичному, так і у функціональному плані слід вважати той, який дозволяє зберегти ікла в зубній дузі.

**Summary.** Disturbance of the balance of dentoalveolar, muscle and skeletal components leads to the development of anomalies of occlusion. The main cause of vestibular location of canines is the lack of space for them in the dental arch due to early loss of temporal teeth and delayed tooth prosthetics of children. Since the eruption of the permanent molars, the deficit of space in the dental row for canines increases. Therefore, sanitation of oral cavity, timely replacement of defects of teeth and dental rows in children, as well as orthodontic preparation of dental arches in order to create appropriate conditions for the eruption of canines are important measures for the prevention of tooth jaw abnormalities.

НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНІ ПРИЧИНИ ЗВЕРНЕННЯ ДІТЕЙ ЗА  
СТОМАТОЛОГІЧНОЮ ДОПОМОГОЮ У М. УЖГОРОД  
Кий М.М., Кедик Р.С., Луців О.В., Хохол В.Я., Бордаш А.М., Ребриш  
Т.Ю.

Науковий керівник: к. мед. н. Мельник В.С.  
Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет,  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород

THE MOST COMMON REASONS FOR DENTAL CARE SEEKING  
AMONG CHILDREN IN UZHGOROD  
M. M. Kyi, R. Ye. Kedyk, O. V Lutsiv, A. M. Bordash, V. Y. Khokhol, T. U.  
Rebrysh

Scientific leader: PhD. V.S. Melnyk  
Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod.

**Актуальність теми.** Полягає у вивченні причин звернення дітей за стоматологічною допомогою та донесення до батьків важливості своєчасного звернення дітей до стоматолога.

**Мета дослідження.** Вивчення причин звернення дітей за стоматологічною допомогою та визначення відповідальності батьків за стан здоров'я ротової порожнини своїх дітей, частота відвідувань лікаря-стоматолога з лікувальних чи профілактичних цілей.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження було проведено в трьох групах дитячого садочку, в яких було отримано згоду батьків на стоматологічний огляд їхніх дітей. Перша група - діти віком 3-4 роки, і дві групи віком 5 років. Огляд було проведено студентами 4 курсу гуртка з дитячої стоматології стоматологічного факультету УжНУ. Було проведено анонімне анкетування серед батьків оглянутих дітей. В опитуванні прийняло участь 96 чоловік. Отримані дані ми обробили за допомогою методу кількісного аналізу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Першим етапом було вивчення освітнього рівня і соціального становища батьків, що має істотний вплив на рівень знань з питань профілактики стоматологічних захворювань, а це в свою чергу відбивається на рівні здоров'я порожнини рота. Результати анкетування показали однорідність освітнього рівня і соціального становища батьків (91,0% мам мали вищу або середню спеціальну освіту і 87% респондентів на момент опитування працювали), що дозволило виключити вплив даного чинника на рівень санітарної культури жінок в нашому дослідженні.

Згідно отриманих нами даних анкетування, ми визначили, що більшість опитаних батьків (96,9%) визнають свою особисту відповідальність за здоров'я порожнини рота своїх дітей, а 63% вважають, що не приділяють цьому достатньо уваги. 42,8% батьків водять своїх дітей до одного і того ж дитячого стоматолога, 44,9% мам відвідують лікаря 1 раз на рік. Більше половини батьків водять дітей до стоматолога рідше 1 разу на рік. 67,4% опитуваних повідомляють, що частіше їх діти отримували стоматологічну допомогу в спеціалізованих державних установах – дитячій стоматологічній поліклініці або відділенні. Про проведення стоматологічного лікування в дитячому садку повідомили 5,6% батьків. Послугами приватних стоматологів користувалися 35,8% дітей. Деякі батьки (14,5%) вважають за можливе лікування дітей у будь-якого стоматолога в терапевтичному відділенні поліклініки.

Дослідження показало, що серед безпосередніх причин звернення до стоматолога на першому місці і у дітей, і у батьків було лікування зубів з приводу карієсу зубів або його ускладнень (55,5%). Біль у зубі і видалення хворого або рухомого молочного зуба були другою за частотою причиною звернень до лікаря (42,7%). Профілактичні процедури і лікування зубощелепних аномалій займають лише третє і

четверте місце (15,1 % і 12,1 %) серед причин звернення дітей за стоматологічною допомогою.

**Висновок.** Дослідження показало, нерегулярні та рідкі відвідування лікаря стоматолога дітей дошкільного віку, звернення до лікаря лише в разі зубного болю або появи каріозних порожнин, а також відсутність особистого лікаря-стоматолога призводить до зростання стоматологічної захворюваності серед дітей. Потреби сім'ї в профілактиці стоматологічних захворювань залишаються на високому рівні.

**Summary.** The results of the study indicate that irregular and rare visits to the dentist that were noticed among preschool children, the access to a doctor only in case softtoothache, or the appearance of cavities, and the absence of personal dentist lead to increased children dental disease incidencerate. The role of the family in the prevention of the dental diseases remains at a high level.

## МАТЕМАТИЧНІ РОЗРАХУНКИ ОПОРНИХ ЕЛЕМЕНТІВ ІНКОГРУЕНТНИХ ОРТОПЕДИЧНИХ ОПОРНИХ КОНСТРУКЦІЙ.

Костенко Є.Я., Гаврилешко К.І., Гецько Ю.Ю.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## MATHEMATIC CALCULATION OF THE LOAD INCONGRUENTLY ELEMENTS WITHIN ABUTMENT DENTURE CONSTRUCTIONS

Y.Y. Kostenko, K.I. Havryleshko, Y.Y. Hecko

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Дефекти зубних рядів є найпоширенішою формою ураження зубо - щелепної системи і проблема заміщення цих дефектів залишається актуальною в роботі лікарів-стоматологів (Фліс П.С. зі співавт., 1999, Радько І.В., Радько В.І, 1999). Величина загальної потреби населення України в протезуванні досить висока і у віці 45-55 років досягає 1958 протезів на 1000 дорослого населення, а рівень задоволеності коливається в межах 40,95 - 49,05% (Лабунець В.А., 1999). Суцільноліті металокерамічні, металопластмасові та металокомпозитні конструкції найбільш повноцінно відповідають естетичним та функціональним вимогам, що їх ставлять до зубних протезів, однак, не зважаючи на успіхи, досягнуті в технології виготовлення їх, ще багато

питань залишаються невирішеними (Абакаров С.И, 1989,1995; Быреа Г.Г., Постолаки И.И., 1988; Каламқаров Х.А., зі співавт., 1989, 1996; Мунтян Л.М., Бабійчукю).

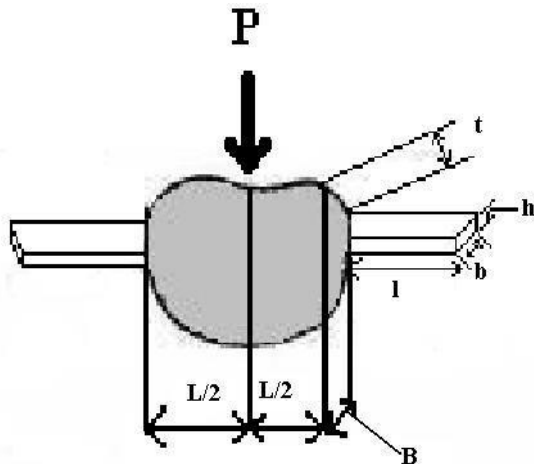
**Мета дослідження.** Мета дослідження полягає у оцінці якості ортопедичного лікування у пацієнтів з одиначною втратою зубів.

**Матеріали та методи дослідження.** Було проведено порівняльну оцінку ортопедичного лікування у пацієнтів з одиначною втратою зубів та проведено загальну характеристику кожного з методів. Зібрано позитивні та негативні їх якості.

1. Мостоподібні протези. Позитивними властивотями є те,що цими конструкціями можна замінити малі дефекти від 1 до 3 зубів, середні - при відсутності від 4 – 6 зубів і великі – при відсутності 6 і більше зубів.

2. Мерілендівські мости (чи так звані адгезивні мости) складаються із зубів і імітації ділянок ясен, виготовлених з композитного матеріалу чи кераміки,закріплюються на основі металевого каркасу. Металеві лапки з обох боків мосту фіксуються на природніх зубах.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Розглянемо схематично систему зубів з протезом по середині (рис. 1). Вирішимо задачу міцності для протеза з кріпленням-лапками в комплексі з сусідніми зубами



**Висновки.** В роботі розглянуто розрахунок на міцність біометричної системи зуб-протез-лапка з врахуванням всіх факторів

навантаження. Вперше отримані формули для визначення оптимальних геометричних характеристик протеза з лапками. На основі розробленої математичної моделі кріплення лапки до протезу були проведені розрахунки для жувальних зусиль  $P_1 = 240H$  і  $P_2 = 160H$  та підібрані оптимальні розміри лапки з урахуванням всіх особливостей навантаження.

**Summary.** In this work we discussed specifics of strong biometric system of tooth to support denture with calculation all factors of load. At first the time was provided a formulas for detective optimum geomtrically characteristics of the denture prosthesis under load. In the end we have some formula with  $P_1 = 240H$  і  $P_2 = 160H$  and provide individuals size of construction with calculation of all load features.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ВИКОРИСТАННЯ ПОВНИХ ЗНІМНИХ  
ПРОТЕЗІВ З АТРАВМАТИЧНИМ ПРОТЕЗНИМ ЛОЖЕМ ПРИ  
ДВОХЕТАПНІЙ ІМПЛАНТАЦІЇ НА БЕЗЗУБИХ ЩЕЛЕПАХ

Марушинець Я.Я., Нагірний Д.А.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Добровольська М.К.

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

EXPERIMENTAL USE OF COMPLETE REMOVABLE DENTURES WITH  
NONINVASIVE PROSTHETIC BED DURING TWO-STAGE  
IMPLANTATION ON THE TOOTHLESS JAW

Y.Y, Marushynets., D.A. Nahyirnuy

Scientific leader: PhD. M.K. Dobrovolska

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Протезування пацієнтів з повною адентією займає значне місце у реабілітації пацієнтів ортопедичного спрямування. Одним із методів заміщення дефектів зубних рядів є імплантація. Для остеоінтеграції імплантанта в організмі потрібно певний час, за який пацієнтам рекомендовано використання повних знімних конструкцій для тимчасового заміщення дефектів та функціонально-естетичних потреб.

Беручи до уваги після аналіз імплантологічного лікування пацієнтів з повною адентією спостерігається кількість ускладнень у розмірі 27% за даними Параскевич, які проявляються пародонтологічними та остеологічними захворюваннями (переїмплатит, гінгівіт, пародонтит). Нами було запропоновано використання повних знімних протезів з атравматичним протезним ложем на місцях розміщення імплантантів.

**Мета дослідження.** Метою даного дослідження є зменшення кількості ускладнень при реабілітації пацієнтів з повною адентією. Збільшення відсотку остеоінтеграції імплантантів при двоетапному методі протезування. Меншої травматизації слизової оболонки над імплантами з допомогою протезів з атравматичним протезним ложем.

**Матеріали і методи дослідження.** Для даного дослідження було використано повні знімні протези з атравматичним протезним ложем. 18 пацієнтів у після операційному періоді. Ортопантомограми пацієнтів до та після імплантації, огляд стану м'яких тканин у місцях проведення імплантації.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Під час аналізу ортопантомограм та огляду м'яких тканин після проведеного першого етапу імплантологічного лікування у 9 пацієнтам (2 група) було запропоновано користування повним знімним протезом з атравматичним протезним ложем. Для порівняння, контрольній групі з 9 пацієнтів (1 група), були запропоновані звичайні базисні протезні. Дані групи пацієнтів спостерігались на протязі часу остеоінтеграції імплантантів 4-5 місяців. В перший період остеоінтеграції (2 міс.), пацієнти проходили планові огляди кожні 14 днів. В подальшому кожні 30 днів. В ході дослідження після огляду першої групи пацієнтів у них спостерігалися запальні процеси тканин пародонта у місцях проведення імплантації. На прицільних знімках та ортопантомограмах негативні зміни кісткової тканини навколо імплантантів у вигляді деструкції кістки формою оберненого конуса. А групи №2, які використовували знімні протези з атравматичним протезним ложем вище перерахованих ускладнень виявлено у значно меншій кількості.

**Висновок.** Після проведеного дослідження було становлено, що використання знімних протезів з атравматичним протезним ложем сприяють зменшенню кількості ускладнень при реабілітації пацієнтів з повною адентією. Збільшення відсотку остеоінтеграції імплантантів при двоетапному методі протезування. Меншої травматизації слизової оболонки над імплантами.

**Summary.** After the study we found out that the use of noninvasive prosthesis bed help to reduce the number of complications during the

rehabilitation of patients with complete adentia. Also, the increase of the the percentage of osseointegration among implants in the two-phase method prosthetics was noted, and also a smaller trauma of the mucous membrane of the implants was identified.

КОРЕЛЯЦІЙНА ЗАЛЕЖНІСТЬ ЗАЖИВЛЕННЯ ТКАНИН ПАРОДОНТА ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИБОРУ, ПАРАМЕТРІВ ТА ТИПУ ШОВНОГО МАТЕРІАЛУ

Нагірний Д.А., Марушинець Я.Я.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Добровольська М.К.

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

CORRELATION BETWEEN PERIODONTAL TISSUE HEALING AFTER SURGERY DEPENDING ON THE CHOICE, PARAMETERS AND TYPE OF SUTURE MATERIAL

Y.Y, Marushynets., D.A. Nahyirnyu

Scientific leader: PhD. M.K. Dobrovolska

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Використання шовного матеріалу у пародонтологічному лікуванні зазвичай є невід'ємною частиною хірургічного процесу, особливо при усуненні рецесії ясен, клаптевих операціях, направлених тканинній регенерації. На даний час ринок наповнений різноманітним шовним матеріалом шовк, кетгут, поліамід, поліестер, полігласлін, поліпропілен та інші. Кожен з них має свої властивості та якості. Тому і потребує диференціації та дослідження за для спрощення роботи та покращення результатів хірургічного лікування пародонтологічних хворих.

**Мета дослідження.** Дослідити вплив на пришвидшення загоєння після операційних ран на тканинах пародонта з використанням шовного матеріалу в залежності від товщини, типу та форми голки, марки та фірми виробника.

**Матеріали і методи дослідження.** Наукова література та посібники, журнали, статті, шовний матеріал різного типу шовк, кетгут, поліамід, поліестер, Polyglactin, поліпропілен.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Для пародонтальних пластичних операцій не рекомендується використання шовкового та кетгутового шовного матеріалу та ниток товщиною більше 5/0 величини. Шовний матеріал 5/0 використовується в основному для ушивання донорської зони і вкрай рідко нижній край реципієнтного ложе. Кожен матеріал має свої як позитивні так і негативні якості, які будуть наведені у співвідношенні та порівнянні. Polyglactin – хороша стабілізація вузла, комфорт для пацієнта, не змінює колір та ріжучий кінчик голки. Негативними якостями є висока степінь адгезії їжі, товщина голки з великим діаметром, великий вузол. Polypropylene – гідрофобний, стабільний колір, адгезія залишків їжі тільки до вузла. Мінуси – великий вузол, який потрібно дотягувати при зав'язуванні пов'язаний з підвищеною еластичністю нитки, комфортний для пацієнта, великий діаметр голки. Polyester – стабільність вузла хороша, комфортний для пацієнта, не змінює колір, маленький за розмірами вузол. Із негативних проявів – гідрофільний, кругла голка, адгезія залишків їжі менша ніж у вікрила, але вина ніж у монофіламентних ниток.

**Висновок.** Після проведеного нами дослідження робимо висновок, що виробник, тип шовного матеріалу та форма голки мають безпосередній вплив на пришвидшення загоєння після операційних ран. Для покращення результатів та пришвидшення лікування рекомендується використання шовного матеріалу не більше величини 5/0, комфортних для пацієнта, зручних для роботи лікарю-стоматологу. З низькою адгезією залишків їжі до вузлів та стабільністю вузла під час післяопераційного періоду.

**Summary.** After the study we conclude that the manufacturer, the type of suture material and the shape of needles have a direct effect on accelerating healing of postoperative wounds. To improve performance and speed up treatment is recommended to use suture material less than 5/0 value, comfortable for the patient, easy for dentists to do. Low adhesion to food residue units and unit stability during the postoperative period.

МОНІТОРИНГ ВИЗНАЧЕННЯ КРИТЕРІЇВ ЯКОСТІ  
ЕНДОДОНТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ КТ  
ДІАГНОСТИКИ У МЕШКАНЦІВ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Папарига О. І.

Науковий керівник: канд. мед.наук, доцент Костенко С.Б.  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

MONITORING OF ENDODONTIC TREATMENT QUALITY CRITERIA  
WITH THE USE OF CT DIAGNOSTICS AMONG RESIDENTS OF  
TRANSCARPATHIAN REGION

O. Paparyha

Scientific leader: PhD., Associate Professor Kostenko S.B.  
Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Незважаючи на появу нових рентгенологічних технологій, ендодонтичного інструментарію та нових матеріалів для пломбування кореневих каналів, кількість ятрогенних факторів (помилки і ускладнень) що виникають в результаті лікування, залишається на високому рівні. Вибір апікальної межі інструментальної обробки і obturaції кореневого каналу являється одним із найбільш суперечливих аспектів в ендодонтії. Відстань 1 мм від точки апікальної верхівки кореня знаходиться близько до цементно-дентинного з'єднання і співпадає з апікальним звуженням, що являється самою вузькою частиною перед апікальним отвором. На сучасному етапі найбільш об'єктивним методом рентгенологічного дослідження посідає конусно-променева комп'ютерна томографія зубо-щелепового апарату, де можна провести точну діагностику ендодонтопатології та періапікальних змін, а в подальшому і якість ендодонтичного лікування.

**Мета дослідження.** Метою нашого дослідження було визначення якості пломбування кореневих каналів за допомогою КТ діагностики, у пацієнтів з 18 по 64 роки, які мешкають в Закарпатській області.

**Матеріали та методи дослідження.** У дослідженні взяло участь 87 осіб: 39 чоловіків та 48 жінок, рентген-контроль ендодонтично пролікованих зубів який складав не менше 3 років. Оцінка якості ендодонтичного лікування проводилася за наступними критеріями, рекомендованими Європейською спілкою ендодонтології та модифікованих у наявності або відсутності периапікальних патологій. Співвідношення позиції пломбувального матеріалу відносно рентгенологічної верхівки кореня: А) успішно: відстань між краєм ендодонтичного матеріалу та рентгенологічною верхівкою кореня складає  $\leq 2$  мм;

відсутність периапіальних змін. Б) неуспішно: перепломбування: вивід пломбувального матеріалу за рентгенологічну верхівку кореня; недопломбування: відстань між краєм ендодотичного матеріалу та рентгенологічною верхівкою кореня складає  $\geq 2$  мм. наявність периапікальних змін.

### Результати дослідження та їх обговорення.

1) У результаті дослідження, було виявлено наступну кількість ендодотично пролікованих зубів серед наступних вікових категорій:

- Вікова група 18-24рр: чоловіки – 14 зубів, жінки – 19 зубів;
- Вікова група 25-34рр: чоловіки – 18 зубів, жінки – 21 зубів;
- Вікова група 35-44рр: чоловіки – 22 зубів, жінки – 27 зубів;
- Вікова група 45-54рр: чоловіки – 25 зубів, жінки – 29 зубів;
- Вікова група 55-64рр: чоловіки – 21 зубів, жінки – 26 зубів;

2) Оцінка якості ендодотичного лікування

Вікова група	Чоловіки			Жінки		
	Кількість зубів	Наявні зміни	Немає змін	Кількість зубів	Наявні зміни	Немає змін
18-24 рр.	14	4	10	19	7	12
25-24рр.	18	5	13	21	4	17
35-44 рр.	22	6	16	27	5	22
45-54 рр.	25	7	18	29	10	19

**Висновок:** В результаті визначення критеріїв якості ендодотичного лікування у мешканців Закарпатської області серед вікових категорій ми отримали наступні результати: кількість ендодотично пролікованих зубів складає у чоловіків – 100, жінок – 122 з усіх обстежуваних. Якість ендодотичного лікування складає чоловіки: успішно – 59, неуспішно – 4; жінки: успішно – 65, неуспішно – 57. Наявність периапікальних змін має наступну картину: наявні зміни у чоловічій вибірці – 26, немає змін – 74; наявні зміни серед жіночої вибірки – 36, немає змін – 87. Запропонований метод можна рекомендувати для визначення коефіцієнту успішності лікування кореневих каналів, при визначенні критеріїв якості ендодотичного лікування.

**Summary:** During the monitoring of endodontic treatment quality criteria we obtained next results: number of endodontically treated teeth among males – 100, among females – 122; the quality of endodontic treatment among males: successful – 59, not successful – 41; among females: successful – 65, unsuccessful – 57. The periapical changes were found among 26 males and 36 females.

ОСОБЛИВОСТІ ЗВ'ЯЗКІВ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ ІЗ  
ЗАХВОРЮВАНІСТЮ НА ПУЛЬПІТ В ОСІБ ВІКОМ ВІД 15 ДО 17  
РОКІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. УЖГОРОД ТА УЖГОРОДСЬКОГО  
Пензелик І.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Фера О.В., ас. Дячук К.Г.  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

FEATURES OF RELATIONS BETWEEN ENVIRONMENTAL FACTORS  
AND PULPITIS RATE IN PERSONS AGED 15 TO 17 YEARS AMONG  
THE POPULATION OF UZHGOROD AND UZHGOROD DISTRICT  
I.V. Penzelyk

Scientific leader: prof. O.V. Fera, Professor; asst. K.G. Dyachuk  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** За результатами епідеміологічних досліджень поширення захворюваності на пульпіт має тенденцію до зростання, незважаючи на значні досягнення в стоматології за досліджуваний період. За статистикою, кожна 5 людина стикається із захворюванням на пульпіт, а у структурі стоматологічної захворюваності ця патологія посідає третє місце після карієсу і періодонтиту, складаючи 17,5 %.

Актуальність проблеми захворюваності на пульпіт обумовлена значною поширеністю та недостатнім вивченням чинників формування даного стоматологічного захворювання в залежності від факторів довкілля.

Залишаються недостатньо з'ясованими особливості механізмів формування даного стоматологічного захворювання в умовах комплексного впливу різних чинників довкілля.

**Мета дослідження.** Дослідити та проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки впливу природних та антропогенних факторів навколишнього середовища і соціальних умов, що зумовлюють виникнення та поширеність захворюваності на пульпіт серед населення м. Ужгорода та Ужгородського району.

**Матеріали та методи дослідження.** Проаналізовано первинну стоматологічну документацію (індивідуальну картку стоматологічного хворого), досліджено статистику захворюваності на пульпіт населення м.Ужгород за 2010 - 2015 роки та проведено соціологічне опитування та первинний стоматологічний огляд серед 200 пацієнтів віком від 15 до 17 років, хворих на пульпіт. Для проведення дослідження була сформована авторська анкета соціального опитування. Опитування здійснювалося серед пацієнтів стоматологічної поліклініки СОЗ УМВС та учнів УЗОШ I-III ст. №20 – ліцею «Лідер». Проведений математично-статистичний аналіз даних, отриманих в результаті анкетування відповідної групи населення, дозволив нам встановити взаємозв'язок між впливом факторів довкілля та захворюваністю на пульпіт через розрахунки коефіцієнту рангової кореляції Спірмена, t - критерія Стьюдента, коефіцієнту лінійної кореляції Пірсона, коефіцієнту репрезентативності, коефіцієнтів імовірності, варіації та достовірності розбіжності. Статистичну обробку отриманих даних було проведено із використанням «Excel» (MS Office 2013, XP) та програми «STATISTICA 6,0» (StatSoftInc., США).

**Результати досліджень та їх обговорення.** Захворювання на пульпіт було діагностовано у 200 осіб віком від 15 до 17 років. Серед них у групі 15 років (67 анкетованих): жінок - 36; чоловіків - 31; у групі 16 років (65 анкетованих): жінок - 34, чоловіків – 31; та у групі 17 років (68 анкетованих): жінок – 35, чоловіків – 33. У результаті проведених досліджень було отримано підтвердження взаємозв'язків між чинниками довкілля та захворюваністю на пульпіт.

**Висновки.** 1. Встановлено взаємозв'язки між частотою стресових ситуацій, механічною травмою щелепно-лицевої ділянки, видом водопостачання, характером та режимом харчування, дотриманням правил гігієни ротової порожнини та захворюваністю на пульпіт, що підтверджується проведеними розрахунками.

2. Вплив таких факторів довкілля, як місце проживання, рівень прибутку суттєво не впливають на виникнення захворюваності на пульпіт серед обстеженої групи осіб.

3. Розрахований показник коефіцієнту репрезентативності дозволяє стверджувати, що проведені нами обстеження охоплюють достатню кількість вибірок. Коефіцієнт імовірності підтверджує, що усі вищенаведені фактори ризику найчастіше зустрічаються серед досліджуваних нами чинників довкілля, що формують показники захворюваності на пульпіт. Визначений коефіцієнт достовірності розбіжностей підтверджує, що фактори ризику, які мають найбільший вплив, є достовірними.

4. Для ранньої профілактики та ефективного лікування пульпіту у осіб віком від 15 до 17 років необхідно здійснювати регулярні профілактичні цільові стоматологічні огляди, дотримуватись встановлених гігієнічних норм та вимог по догляду за ротовою порожниною.

**Summary.** Relevance of a problem of pulpitis rate is caused by appreciable prevalence and insufficient studying of factors of such disease formation depending on environment factors. This thesis deals with considered and analyzed influence of environmental factors on pulpitis rate among persons from 15 to 17 years old within the population of Uzhhorod and the Uzhhorod district. On the basis of the received results the interrelation between pulpitis rate and environment factors is confirmed, and also their priority is established.

## ВПЛИВ МЕТАЛОКЕРАМІЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ НА ЯКІСНІ ПАРАМЕТРИ КЛІТИННОГО СКЛАДУ ЯСЕННИХ ЕПІТЕЛІОЦИТІВ

Радчук В.Б., Гасюк Н.В.

Науковий керівник: доктор медичних наук, доцент Гасюк Н. В.  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені  
І. Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопіль, Україна

## THE INFLUENCE OF METAL-CERAMIC CONSTRUCTION ON QUALITY PARAMETERS OF GINGIVAL EPITHELIAL CELL COMPOSITION

V.B. Radchuk, N.V. Hasiuk.

Scientific Leader: associate professor, MD Hasiuk N.V.  
Therapeutic Dentistry Department, Faculty of Dentistry  
I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

**Актуальність теми.** Будучи частиною системи слизових оболонок, ясенний епітелій займає активну позицію у реактивних змінах ініційованих подразнюючими чинниками зовнішнього і внутрішнього середовища. Це дає можливість вважати зміни ясенних епітеліоцитів за маркери фізіологічної рівноваги і реактивності слизових оболонок, в тому числі в якості індикатора місцевих і загальних порушень гомеостазу які розвиваються внаслідок тривалого впливу травматичних та бактеріальних агентів.

Наведені вище дані, підкреслюють актуальність питання характеристики якісних змін ясенного епітелію в умовах впливу металокерамічних конструкцій.

**Мета дослідження.** Метою даного дослідження стало визначення реактивних змін якісних параметрів ясенних епітеліоцитів за умови впливу металокерамічних конструкцій.

**Матеріали та методи дослідження.** Матеріалом для дослідження слугував ясенний епітелій, забраний у пацієнтів, яким проводили заміщення дефектів твердих тканин зубів за допомогою металокерамічних конструкцій. Епітелій забирався шпателем з подальшим перенесенням на предметне скло і висушуванням при відкритому доступі повітря протягом 3-5 хвилин. Забарвлення матеріалу проводили по Гімзою-Романовським, з наступним мікроскопічним і морфологічним аналізом.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Як показники патологічного зміщення в характеристиці клітинного складу ясенного епітелію виступали клітини з ознаками подразнення, дистрофії і некробіотичних змін. При цьому цитоморфологічна характеристика клітинного складу, за рахунок наявності великої кількості сегментоядерних лейкоцитів різного функціонального стану, відповідає картині хронічного катарального запалення.

**Висновки.** Наявність зміни тинкторіальних властивостей клітин розкривають можливі подальші напрямки патоморфологічних змін слизової оболонки ясен за умов впливу металокерамічних конструкцій.

**Summary.** Being a part of the system of mucous membranes, gum epithelium takes a proactive stance in reactive changes initiated by irritant factors of external and internal environment. The purpose of this study is to define reactive changes of quality parameters of gum epithelial cells under metal-ceramic constructions. The material for this research was provided by gum epithelium, which was picked from the patients subjected to the

replacement of defected hard tissues of the teeth by means of metal-ceramic constructions.

## МЕТОДИ НЕРУЙНІВНОГО КОНТРОЛЮ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ.

Стерчо Е. В.

Науковій керівник: к.мед.н. Костенко С.Б.

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## NON-DESTRUCTIVE METHODS OF ASSESSING THE QUALITY OF PROSTHETIC CONSTRUCTIONS.

E.V. Stercho

Scientific leader: PhD. S.B. Kostenko

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** експертної оцінки в ортопедичній стоматології, ґрунтується на збільшенні вимог до якості стоматологічного лікування серед населення. Про складність ситуації, що виникла, свідчить збільшення кількості позовів на незадовільне, на думку пацієнтів, лікувальне втручання.

При цьому слід зазначити, що частка судових позовів до ортопедів-стоматологів складає 75% від їх загальної кількості. В зв'язку з цим, останнім часом інтенсивно ведеться стандартизація стоматологічної допомоги та розробка методів експертної оцінки якості зубного протезування. Отже, мета представленого дослідження – провести аналіз існуючого досвіду експертної оцінки якості стоматологічної ортопедичної допомоги та визначити перспективи щодо її вдосконалення. Поширеність малих і середніх дефектів зубних рядів в окремих регіонах України сягає понад 70%. Поширеність захворювань твердих тканин зубів та кісткової тканини щелеп обумовлює зміни стоматологічного статусу (часткова та повна адентія, атрофія коміркової частини та коміркового відростка, вертикальна та горизонтальна резорбція міжкоміркових перегородок запального та дистрофічного характеру), а також функціональні та естетичні проблеми зубо-щелепового апарату.

**Мета дослідження.** Теоретично обґрунтувати лабораторні методи оцінки якості ортопедичних конструкцій за допомогою різних методів неруйнівного контролю (ультразвукових досліджень (ехо імпульсного, дефектоскопії, імпульсно-фазового, водоімісійного) для експертної оцінки якості надання стоматологічної допомоги.

**Матеріали та методи досліджень.** Аналіз методів неруйнівного контролю конструкцій із композиційних матеріалів. Згідно із ГОСТ 18353-79 існує 9 видів НК:магнітний, електричний, вихрострумний, радіохвильовий, тепловий, оптичний, радіаційний, акустичний (ультразвуковий) і проникаючими речовинами.Згідно із ДСТУ 2865-94, окрім вказаних вище видів НК розрізняють органолептичний, візуальний, електрогазодинамічний і газорозрядну візуалізацію та фотографування у полях високої напруги. Кожний з них поділяється на методи, кількість яких може бути досить значною (наприклад, в акустичному контролі ГОСТ 23829-85 виділяє 16 основних методів, в більш пізніх джерелах згадані вже до 25 методів). Проте, для контролю якості ортопедичних конструкцій застосовуватися лише деякі з цих методів. Коротко розглянемо основні МНК, які можуть застосовуватися для контролю якості виробів. Візуальні МНК застосовуються не тільки для армованих пластиків. Використання КМ в шаруватих конструкціях також вимагає застосовування таких МНК. Візуальний огляд безпосередньо після затвердіння ще не охололих стільникових конструкцій дозволяє виявити бульбашки, непроклеї або розшаровані ділянки.

Електричними методами НК можна визначати вміст компонентів в гетерогенних системах, вологість, ступінь полімеризації і старіння, локалізацію провідникових і непровідних включень у структурі шаруватого пакета. Методами теплового контролю можна виявити такі дефекти, як пропуски армуючих ниток в каркасах, порівняно великі сторонні включення. Однак ці методи не дозволяють виявляти дрібні структурні дефекти, так як геометрична роздільна здатність сучасної апаратури складає приблизно 0,5 мм. Найбільш досконалим з усіх радіаційних методів є метод обчислювальної томографії. На базі томографів створюються промислові установки для контролю та документального відображення внутрішньої структури конструкцій з КМ.

Радіотехнічні методи (радіохвильовий і радіо спектроскопічний) широко застосовуються для контролю якості виробів з ПКМ. На практиці найбільшого поширення набули надвисокочастотні методи, що досліджують діапазони довжин хвиль від 1 до 100 мм, що відповідає інтервалу частот від 0,3 до 300 ГГц. Переважна область застосування методів техніки надчастот – це контроль напівфабрикатів, виробів і

конструкцій з КМ, в яких поширюються радіохвилі. Акустичні методи (АМ) дозволяють контролювати суцільність КМ, якість зварних і клеєних з'єднань. Серед МНК ПКМ та багатошарових клейових конструкцій АМ за обсягом застосування займають перше місце. Точність вимірювань становить від 3 до 8% від еквівалентної або умовної чутливості, що задається еталонними зразками. АМ дуже чутливі до форми контрольованих об'єктів (до сферичних, конічних) невеликих розмірів. Найбільше застосування при контролі якості виробів з КМ знайшли методи УЗ дефектоскопії, які дозволяють виявити, бульбашки повітря і скупчення смоли при контролі виробів різної форми.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Дослідження зразків стоматологічних матеріалів, які використовуються у терапевтичній, ортопедичній стоматології (сплавів металів, які використовуються для незнімних ортопедичних конструкцій; які застосовуються для відновлення втрачених атома-функціональних та естетичних твердих тканин зуба; та облицювальних матеріалів, що є незамінними в ортопедичній стоматології) полягає у співставленні теоретично обрахованих показників ультразвуку (з врахуванням хімічного складу, фізичних властивостей, а саме – модуля пружності та густини) з результатами лабораторних ультразвукових досліджень. Практичні дослідження з використанням стоматологічних сплавів металів Heraenium NA, Heraenium S, Bego Wiroloy NB, Bego Wironit з використанням вищеописаних методик продемонстрували, що рівні відносних похибок отриманих практичних результатів та їх теоретичних значень коливаються в межах 2,084–1,651±0,382%. Рівень дисперсії відносних похибок з використанням водоімерсійного методу був найменшим (1,26–1,03%), що дозволяє рекомендувати даний метод як найбільш точний у ході виконання подальших досліджень. Перспектива подальших науково-практичних досліджень полягає у можливості визначення ультразвукових показників різних пломбувальних матеріалів, які використовуються для реставрацій у ротовій порожнині та відновлення втрачених твердих тканин зуба.

**Висновки.** Показники ультразвукових досліджень можуть бути додатковими елементами доказової бази ідентифікації стоматологічного статусу особи, а їх зміни – показниками якості надання стоматологічної допомоги при проведенні експертної оцінки. Використання ультразвукових хвиль дозволить проводити не тільки ідентифікацію основних стоматологічних матеріалів у порожнині рота, а й подальший ретроспективний аналіз змін параметрів ультразвукової хвилі залежно від зміни фізичних властивостей та хімічного складу пломбувальних

матеріалів, якості проведеного ортопедичного лікування (бюгельних, мостоподібних протезів та одиночних штучних коронок).

**Summary.** Indicators of ultrasound analysis may be used as additional elements of evidence for identifying the dental status of the person, and its changes can serve as indicators of the quality of dental care during the expert evaluation. The use of ultrasonic waves allows not only to provide identification of common dental materials in the oral cavity, but further to provide retrospective analysis of changes the parameters of ultrasonic waves depending on changes in the physical properties and chemical composition of filling materials.

## ПРІОРИТЕТИ РОВИТКУ НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ: ЕКОНОМІЧНИЙ АСПЕКТ

Яцко М. В., Яремчук Н. В.

Кафедра обліку і аудиту, кафедра стоматології післядипломної освіти  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## PRIORITIES OF DENTAL SERVICE DEVELOPMENT IN UKRAINE: AN ECONOMICAL ASPECT

M.V. Yatsko, N.V. Yaremchuk

Department of Accounting and Audit, Department of Postgraduate Dental  
Education

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Нові економічні умови та економічна політика щодо реформування галузі охорони здоров'я справляють свій вплив на формування та розвиток ринку стоматологічних послуг. Цьому ринку, хоча і притаманні загальні економічні тенденції та конкурентні передумови, але існують значні особливості, які потрібно враховувати, як окремим закладам, так і фахівцям з реформування цієї галузі.

**Мета дослідження.** Досягнути не просто стохастичного регулювання ринку стоматологічних послуг, а формування системи певних пріоритетів, через які можна буде зробити висновки щодо ефективності регулювання та реформування в цілому.

**Матеріали та методи дослідження.** Поступовий перехід до приватної (страхової) медицини справляє свій вплив на стоматологічну

галузь, зокрема щодо фінансового забезпечення. На даному етапі розвитку стоматологічної галузі фінансування є дворівневим: бюджетним та комерційним (приватним). Враховуючи специфіку галузі не варто відмовлятися від бюджетного фінансування державних та комунальних стоматологічних закладів з огляду на значну частину соціально незахищених верств населення, які потребують базових стоматологічних послуг.

Крім того, комунальні стоматологічні заклади здійснюють надання стоматологічних послуг також на комерційній основі, що забезпечує конкуренцію, а також є додатковим джерелом для їх фінансування.

На нашу думку, для того щоб вивести стоматологічну галузь на новий рівень, необхідні зміни щодо її фінансування, зокрема, в частині страхового забезпечення.

Є потреба у розробці профільного законодавчого акту, який би сформував передумови для розробки страхових продуктів у сфері стоматологічних послуг. Це посприяло б:

1. підвищення якості стоматологічних послуг;
2. збільшення рівня фінансування ринку стоматологічних послуг;
3. формування більш легальної структури ринку через необхідність більш чіткого документування при наданні стоматологічних послуг;
4. формування прозорих умов та «правил гри» на цьому ринку.

Розробка та впровадження такого профільного законодавчого акту повинна стати в основу побудови пріоритетів щодо розвитку галузі в економічній політиці країни.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Згідно Програми діяльності Уряду [2] пріоритетом для вдосконалення (реформ) є запровадження загальнообов'язкового державного медичного страхування та подальший розвиток недержавного медичного страхування. Це чіткий пріоритет, реалізація якого позитивно відзначиться на медичній галузі в цілому. Хронічне недофінансування галузі поставило її на межі існування та не забезпечує достойних умов, як для працівників медичної галузі, так і для пацієнтів.

Цікавим є пріоритет в державній економічній політиці щодо затвердження формул розрахунку вартості медичних послуг, зокрема стоматологічних та запуск систем контролю якості надання медичної допомоги, зокрема із залученням професійних асоціацій, громадських організацій [2]. Держава поступово відмовляється від адміністративного впливу та переходить на ринкові методи управління, зокрема щодо

створення недержавної системи контролю за якістю надання медичних послуг. Це сприяє в самоорганізації населення та професійних фахівців. В той же час, недостатнім є доступ до інформації, що буде предметом такого громадського контролю. Розширення такого доступу забезпечить передумови для ефективності системи недержавного контролю в цій галузі в цілому.

Діюче в Україні законодавство про ціни та ціноутворення хоча і визначає вільні ціни, все ж таки, держава залишає за собою право регулювання на специфічних ринках. Таким специфічним ринком є ринок медичних послуг та стоматологічних зокрема. Специфічним регулювання в цьому аспекті є запровадження спец правил для обкладання податком на додану вартість та єдиним податком.

Позитивним для реформування галузі охорони здоров'я є затвердження середньострокового плану діяльності Уряду, що є основою в державній економічній політиці. Системі охороні здоров'я в ньому приділена особлива увагу. Ключовою тезою в цьому плані є те, що вся галузь переходить на засади медичного страхування. А отже, регулювання цього особливого ринкового інституту буде здійснюватися по нових правилах. Запровадження конкуренції, як серед медичних (стоматологічних) закладів, так і серед фахівці повинно посприяти в підвищенні якості послуг.

**Висновки.** Сформувати ефективну галузь та ефективний ринок стоматологічних послуг без державної підтримки в Україні навряд вдасться, через те, що він має велику кількість ознак та рис, що притаманні лише йому, і ринкове регулювання, в цьому аспекті, є недостатнім.

Необхідним є профільний законодавчий акт у системі медичного страхування в частині стоматологічних послуг, який би був сформований на пріоритетах сталого розвитку галузі та громадського контролю за якістю.

Тому, тільки державне регулювання в частині ціноутворення, можливостей фінансування та ліцензування закладів стоматологічних послуг здатне забезпечити сталий розвиток в цілому.

**Summary.** Formation of an effective and efficient market sector of dental care without government support in Ukraine is unlikely to realize, because it has plenty of features and traits that are inherent only to market regulation. It is necessary to pay attention to the relevant legislation in the health insurance system in terms of dental services, which would be formed on the priorities of sustainable development of the industry and public quality control. Therefore, only the state regulation of pricing, funding opportunities

and licensing of dental services institutions can provide sustainable development.

КОЛОНІЗАЦІЙНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ПОРОЖНИНИ РОТА У ДІТЕЙ З  
НЕЗРОЦЕНИМ ПІДНЕБІННЯМ, ЯКІ ЗНАХОДЯТЬСЯ НА  
ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ

Євтіхов Ю.Ю., Ортинський Н.В., Паращинець М.В., Кузьмічов Е.О.,  
Кривецький В.В.

Науковий керівник: к.мед.наук Мельник В.С.

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет,  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

COLONIZATIONAL RESISTANCE OF MOUTH CAVITY AMONG  
CHILDREN WITH A SYMPHYTOUS PALATE, WHO ARE  
UNDERERGOING ORTHODONTIC TREATMENT

Y.Y. Evtikhov, N.V. Ortynskiy, N.V. Parashchynets, E.O. Kuzmichov, V.V.  
Kryvetskiy

Scientific leader: PhD. V.S.Melnyk

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Вроджені вади розвитку становлять одну з найактуальніших медичних та соціальних проблем. Це обумовлено високою частотою зустрічальності патології і тяжкістю сформованих анатомічних і функціональних порушень у новонародженого. У дітей з вадами розвитку щелепно-лицевої області порушено низку життєво важливих функцій, зокрема смоктання, мовлення, дихання. Розвиток запальних процесів при цьому пов'язане з анатомо-топографічними особливостями при вродженій ваді, зі змінами імунного статусу, а також з особливостями патогенної мікрофлори в порожнині рота і в порожнині носа. Мікробний пейзаж при ущелинах піднебіння змінюється, що призводить до появи мікроорганізмів і володіють високою резистентністю до антибіотиків і вираженими патогенними властивостями, що визначає актуальність вивчення проблеми колонізаційної резистентності порожнини рота у дітей з вродженою щілиною губи і піднебіння.

**Мета дослідження.** Оцінка мікроекології порожнини рота дітей з вродженим незрощенням піднебіння, що знаходяться на ортодонтичному лікуванні.

**Матеріали та методи дослідження.** Для реалізації поставлених завдань була вивчена мікрофлора порожнини рота 23 дітей які мають дефект твердого піднебіння.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Всього було виділено та ідентифіковано більше 100 мікроорганізмів, з яких 40,7% були грампозитивними паличками, 12,0% були грамнегативними паличками, 23,5% грампозитивними коками, а 12,05% - дріжджоподібними грибами. Відмінною особливістю при ущелині твердого піднебіння була поява в біоценозі ентеробактерій, представлених *E. coli* ( $12,5 \pm 0,8\%$ ) і клебсієлами ( $18,7 + 1,1\%$ ). *Ps. aerogenosa* висівався у  $8,0 \pm 1,3\%$ . Вивчення колонізації мікроорганізмами різних біотопів показало, що асоціації більше 3 мікроорганізмів заселяли розщелину і слизову оболонку піднебіння. На другому місці був зубний наліт. На поверхні язика і слизовій оболонці щоки виявляли монокультури або поєднання двох видів бактерій.

Проведені дослідження дозволили встановити, що склад і щільність мікробних спільнот в різних біотопах порожнини рота у дітей з вродженими ущелинами піднебіння однакові. Найбільша кількість мікроорганізмів ( $6,9 \times 10^3 \pm 2,8 \times 10^2$  КУО/мл) було висіяно зі слизової оболонки розщелини. Слід зазначити, що при досліджуваній патології достовірно збільшується в порівнянні з практично здоровими дітьми щільність мікробного наповнення слизової оболонки твердого піднебіння ( $2,5 \times 10^3 + 1,7 \times 10^2$  КУО /од. суб) ( $p < 0,05$ ). На третьому місці за бактеріальною наповненістю в порожнині рота у хворих дітей, була поверхня язика  $-4,6 \times 10^2 + 2,4 \times 10^2$  КУО / од. суб. Мінімальна кількість видів і найменший рівень бактеріальної щільності виявлено на слизовій оболонці щік ( $1,3 \times 10^3 + 0,95 \times 10^2$  КУО / од. суб). Виявлено, що в мікробіоценозі порожнини рота хворих дітей спостерігаються значні зміни, як в якісному, так і в кількісному складі мікроорганізмів.

**Висновки.** Таким чином, вивчення екологічних характеристик мікрофлори порожнини рота при розщелинах твердого піднебіння свідчить про те, що патологія твердого піднебіння створює умови для формування дизбактеріозу в цьому біотопі, який обумовлений певними фізичними, хімічними і біологічними змінами екосистеми.

**Summary.** Consequently the study of the ecological pattern of the microflora of mouth cavity with uraniscochasma testify that the pathology of palate create conditions for formation of dysbacteriosis in this biotope, which

is determined by definite physical, chemical and biological changes of the ecosystem.

## ЗАСТОСУВАННЯ БІОМАТЕРІАЛІВ КЛАСУ GIOMER В КЛІНІЦІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Самойленко А. В., Романюта І. А., Соловійова О.Ю.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Самойленко А. В.

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», Дніпро, Україна

## THE USE OF GIOMER BIOMATERIALS AT THE CLINIC OF RESTORATIVE DENTISTRY

A.V. Samoilenko, I.A. Romanuta, O.Y. Soloviova O. Y.

Scientific director: prof. Samoilenko A. V.

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Dnipropetrovsk state medical Academy MOH of Ukraine, Dnipro, Ukraine

**Актуальність теми.** В наш час зростає вимога пацієнтів до естетики, довговічності композитних реставрацій, а також збереженню здорових тканин зуба. За допомогою сучасних реставраційних систем лікарю стоматологу необхідно забезпечити медичну ефективність та безпечність проведених маніпуляцій, відновити функціональну цінність та біомеханічні властивості зуба, попередити розвиток рецидиву карієсу. Через це, технології спрямовані на попередження подальшого розвитку каріозного процесу, займають першочергове місце в сучасній стоматологічній практиці.

**Мета дослідження.** Клінічна оцінка біоматеріалів класу Giomer фірми Shofu, які складають в собі поверхнево прореагований склоіономерний наповнювач.

Вивчити властивості адгезивних систем і багатофункціональних матеріалів класу Giomer фірми Shofu, що характеризуються біологічною активністю наповнювача.

Провести оцінку реставраційної системи класу Giomer фірми Shofu при використанні в різних клінічних випадках на кафедрі терапевтичної стоматології.

**Матеріали та методи дослідження.** На кафедрі терапевтичної стоматології проводилась клінічна оцінка біоматеріалів класу Giomer фірми Shofu. Якість композитних реставрацій оцінювалась за наступними критеріями ( Рибаків А.І., Іванов В. С., Каральник Д. М., 1981; Макеєва І. М., 1997; Ніколаєв А. І., 1998; Салова А. В., Рєхачов В. М., 2003 ):

1. Відповідність форми реставрації анатомічній формі відновлювального зуба
2. Крайове прилягання реставрації
3. Відповідність кольору реставрації кольору відновлювального зуба
4. Наявність «сухого» блиску реставрації
5. Гомогенна структура реставраційної конструкції

**Результати дослідження та їх обговорення.** Завдяки спеціально розробленій технології створена нова група пломбувальних матеріалів класу Giomer, яка поєднує в собі властивості склоіономерних цементів і композитних матеріалів. Матеріали класу Giomer дозволяють відновити функціональну цінність та біомеханічні властивості зуба, попередити розвиток рецидиву карієсу за рахунок склоіономерної реакції на тривалий проміжок часу.

**Висновки.** Біоматеріали класу Giomer, які розроблені фірмою Shofu, являють собою сучасну реставраційну систему, яка дозволяє успішно вирішувати більшість задач практичної терапевтичної стоматології, враховуючи при цьому не тільки властивості матеріалів, але й індивідуальні вподобання лікаря

1. Незаперечною перевагою даних матеріалів є використання запатентованої технології використання біологічно активних частинок наповнювача, які володіють захисним потенціалом, що забезпечує стійкість реставраційної поверхні до утворення нальоту, ремінералізацію твердих тканин зуба, високу рентгенконтрастність та розсіювання світла.

2. При клінічному застосуванні біоматеріалів класу Giomer фірми Shofu досягається довгочасний передбачуваний кінцевий естетичний результат.

**Summary.** GIOMER biomaterials provide possibilities to resolve most of clinical cases at the clinic of restorative dentistry. Their advantages include presence of biologically active particles with high optical properties that ensure adequate esthetic results of restorative treatment.

ЗАСТОСУВАННЯ ТУНЕЛЬНОГО ПРЕПАРУВАННЯ КАРІОЗНИХ  
ПОРОЖНИН ІІ КЛ ЗА БЛЕКОМ У ТЕРАПЕВТИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ  
ЯК СКЛАДОВА МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ  
ПАЦІЄНТІВ.

Бунь О.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц Бунь Ю.М.

Кафедра терапевтичної стоматології ФПДО, стоматологічний факультет  
Львівський Національний медичний університет імені Данила  
Галицького, Львів, Україна

THE USE OF TUNNEL PREPARATION TECHNIQUE DURING  
TREATMENT OF II CLASS CAVITIES BY BLACK IN THERAPEUTIC  
DENTISTRY AS PART OF MINIMALLY INVASIVE TREATMENT OF  
PATIENTS

O.V.

Scientific leader: PhD. Y. Bun

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Швидкий розвиток стоматології на шляху засвоєння і впровадження нових сучасних технологій в діагностику, лікування та профілактику уражень зубів дозволив перейти на новий ступінь якісного обслуговування пацієнтів. Широке застосування отримали малоінвазивні методи лікування малокаріозних уражень ІІ класу за Блеком з використанням тунельного способу препарування. Під реставрацією (відновленням) в сучасному уявленні розуміють не тільки відновлення втраченої функції зуба як при пломбуванні каріозних порожнин, так і відновлення естетичних характеристик зуба, кольору та прозорості. Це стало можливим при використанні мікрогіридних світлотвердіючих матеріалів таких як композити, компомери. Для успішної реставрації необхідно дотриматися основних принципів:

1. Оцінка тканин пародонта та гігієнічного стану порожнини рота
2. Анастезія та гігієнічне очищення поверхні зуба
3. Підбору кольору та прозорості емалі
4. Оперативної техніки підготовки твердих тканин зуба
5. Забезпечення сухості операційного поля
6. Накладання лікувальних та ізолюючих прокладок
7. Конденціювання твердих тканин зубів (емалі та дентину)
8. Внесення в каріозну порожнину або на поверхню зуба композитного матеріалу світлового твердіння

9. Заключна обробка (моделювання, шліфування та полірування) реставрації
10. Нанесення захисного шару

Всі ці етапи традиційно мають місце при протокольному пломбуванні в тому числі каріозних порожнин II класу за Блеком без ураження маргінального краю коронки молярів чи премолярів. Виконання реставрації зубів має закінчитися клінічною оцінкою якості проведеної роботи, яку проводить лікар-стоматолог після реставрації і через певний проміжок часу (6 міс-1 рік). Найбільш поширеною є оцінка відновлення зубів за системою клінічних критеріїв **USPHS** (U.S. Public Health Service) яка включає такі критерії як:

1. Анатомічна форма
2. Крайове прилягання
3. Крайове забарвлення
4. Шорсткість поверхні
5. Колірна відповідність
6. Вторинний карієс

Важливу роль клінічна оцінка реставрацій зубів відіграє у наданні гарантійних термінів на пломби із фотополімерних матеріалів у відповідності до Наказу Міністерства охорони здоров'я №507 від 28/12/2002 яким у випадку відновлення каріозних порожнин II клас за Блеком встановлюється гарантійний термін 6 місяців.

Таким чином постає питання, як можна збільшити гарантійний термін слугування реставрацій при пломбуванні каріозних порожнин II класу за Блеком при максимальному збереженні анатомічно-функціональних властивостей коронок зубів.

**Мета дослідження.** Метою роботи являлося обґрунтування доцільності застосування оклюзійно-апроксимального ходу до каріозного ураження II класу за Блеком із збереженням маргінального краю коронки зуба. На сьогодні показами до застосування тунельного препарування є наявність каріозного процесу в області екватора та незначно нижче до терапевтичної шийки коронки зуба. Керуючись тенденцією малоінвазивності маніпуляційних втручань, а саме в терапевтичній стоматології, тунельний спосіб знайшов доволі вагоме місце. Те що пропозиція на пломбувальні матеріали щорічно зростає, дозволило значно розширити покази до застосування тунельного способу препарування. За даними критеріями оцінки якості і було перевірено пломбувальні матеріали(назви спонсор)

До найчастіших помилок і ускладнень, що виникають при роботі з композитними матеріалами світлового твердіння варто віднести:

1. Відрив прокладки від дентину
2. Недостатнє склеювання і порушення адгезії
3. Відрив пломбувального матеріалу
4. Виникнення післяопераційного больового відчуття
5. Пересушування дентину

Всіх цих чи багатьох інших ускладнень, вдалося уникнути при застосуванні малоінвазивної технології тунельного методу препарування каріозних порожнин Ікл. за Блеком.

**Матеріали та методи дослідження.** Розкриття каріозної порожнини при тунельному препаруванні проводили алмазним кулеподібним бором з використанням турбінного наконечника з повітряно-водяним охолодженням, ним трепанувалася емаль біля основи оклюзійного скату маргінального гребеня. Після того як бор провалювався в каріозну порожнину, ним же розширювали трепанаційний отвір, одночасно видаляючи некротизовані тканини. Для якісного формування оклюзійно-апроксимального тунелю нами проводився рентген-контроль зон безпеки коронкової частини зуба з допомогою радіовізіографії. Також формування тунелю базується на знаннях топографічного розташування так званих зон безпеки коронки зуба.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Підсумовуючи результати досліджень можна констатувати, що метод оклюзійно-апроксимального доступу (ТМ) вирішує наступні проблеми:

1. Збереження апроксимального краю коронки
2. Малоінвазивність втручання в тверді тканини коронки зуба
3. Добра відповідність проведеного пломбування клінічним критеріям якості за системою USPHS

**Висновки.** Тунельне препарування або оклюзійно-апроксимальний доступ при лікуванні ІІ кл за Блеком можна рекомендувати для амбулаторного прийому хворих з каріозним ураженням тканини коронок молярів, премолярів як частиною програми застосування малоінвазивних технологій в лікуванні каріозної хвороби. Застосування тунельного методу пломбування ІІ класу за Блеком підпадає під концепцію застосування малоінвазивних методів втручань при проведенні (лікувальних) маніпуляцій. Цей метод дозволяє зберегти край клінічної коронки зуба, що є вкрай важливим для стабілізації оклюзійних контактів після проведеного лікування. Також значно скорочує час проведення маніпуляції, що є позитивним з економічної точки зору. Однак застосування тунельного методу передбачає наявність точної рентген

діагностики каріозного процесу (застосування візіографа), та знань анатомії коронки зуба на предмет безпеки.

**Summary.** The use of tunnel preparation during the treatment of II type cavities by Black can be recommended in clinical practice during restoration of molars and premolars. This method helps to save hard tissues of clinical crown, which has prominent importance for occlusal contact stabilization.

СИСТЕМАТИЗАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕФЕКТИВНОСТІ  
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ТРАНСКРАНІАЛЬНОЇ  
ЕЛЕКТРОСТИМУЛЯЦІЇ У СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Домище М.Ю., Брехлічук П.П

Науковий керівник: д. мед. н., професор Горицький В. М.  
Кафедра хірургічної стоматології, ЦЛХ та онкостоматології,  
стоматологічний факультет

Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

THE SYSTEMATIZATION OF EFFICACY RESULTS DURING THE USE  
OF TRANSCRANIAL ELECTRICAL STIMULATION METHOD IN  
DENTAL PRACTICE

M.Y. Domysche, P.P. Brekhlichuk

Scientific leader: PhD, Prof. V.M Goritskii

Department of Operative Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Можливість впливу на процеси загоєння рани шляхом проведення процедур транскраніальної електростимуляції допомагає стабілізувати параметри специфічного та неспецифічного захисту, тим самим створюючи умови для корекції імунологічного статусу як на етапі підготовки до ятрогенного втручання, так і в постопераційний період, скорочуючи тривалість реабілітації та в окремих випадках виключаючи необхідність проведення додаткової медикаментозної терапії без ризику виникнення можливих токсичних та алергічних реакцій. В ході системного аналізу можливостей застосування транскраніальної електростимуляції був визначений не тільки значний потенціал методики щодо посилення репаративних процесів організму, а й можливість його застосування при відповідних нервово-м'язових

дисфункція, в процесі моніторингу нервово-функціональної активності, лікування хронічних форм патологій, так як адитивного методу в схемі комплексної реабілітації стоматологічних хворих

**Мета дослідження.** Систематизувати існуючі дані щодо ефективності застосування методу транскраніальної електростимуляції у стоматологічній практиці за результатами проведених клінічних та експериментальних досліджень.

**Матеріали та методи дослідження.** Добір фактичного текстового матеріалу для проведення деталізованого аналізу здійснювався за допомогою пошукової системи Google Scholar та відповідних науково-метричних та реферативних баз. В процесі систематизації даних відбувалось групування результатів аналізу відповідно до категорій напрямків застосування методу транскраніальної електростимуляції у стоматологічній практиці, принципів порівняння контрольних та досліджуваних груп, фактичних чисельних параметрів та змін показників у відповідності до різних підходів проведення комплексного лікування. Обробка наявних попередньо аналітично та типологічно погрупованих чисельних даних проводилась за допомогою прикладного програмного забезпечення Microsoft Excel (Microsoft Office, 2013) згідно рекомендацій Мінцера О. П., Вороненка Ю. В., Власова В. В. (2003).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Переваги транскраніальної електростимуляції полягають у тому, що даний метод не потребує проведення попереднього імунологічного дослідження, оскільки діє на систему ендогенних опіоїдних пептидів, і не провокує виникнення жодних токсичних чи алергічних ускладнень. Згідно даних окремих досліджень у хворих з відкритими переломами нижньої щелепи відбуваються відповідні імунні зміни: знижується кількість Т-лімфоцитів, підвищується кількість В-лімфоцитів, імуноглобулінів та фагоцитарної активності нейтрофілів, що викликано специфікою імунної реакції організму. На фоні подібних імунологічних змін спостерігається зниження кількості епітеліальних клітин та нейтрофільних лейкоцитів. В ході імунологічного моніторингу було встановлено, що хірургічні методи лікування переломів нижньої щелепи мають супресорний вплив на систему імунітету в цілому, порівнюючи дію таких з більш консервативними алгоритмами лікування. Подольський В.В. (2008) встановив, що використання ТЕС при лікуванні відкритих переломів нижньої щелепи має загальний імунорегулюючий ефект, підвищуючи рівень Т-лімфоцитів та знижуючи кількість В-лімфоцитів та циркулюючих імунних комплексів. Крім того ТЕС впливає і на параметри місцевого імунітету, викликаючи підвищення рівня епітеліальних клітин,

знижуючи кількість нейтрофільних лейкоцитів, а також впливаючи на вміст імуноглобулінів IgA та IgM. Поміж тим ТЕС також сприяє профілактиці запальних ускладнень, що є поширеними під час та після лікування переломів нижньої щелепи.

**Висновки.** Загоєння ран різної етіології щелепно-лицевої ділянки є комплексним динамічним процесом, що проходить через ряд послідовних фаз, в ході яких відбувається не тільки біологічне очищення області ураження, а й відновлення структурно-функціональної цілісності тканин зубо-щелепового апарату. Проведення хірургічних маніпуляцій провокує зміну імунологічного статусу організму та потенціює існуючий дисбаланс факторів специфічної та неспецифічної резистентності, викликаний первинним впливом патології на відповідних етапах лікування, хоча з точки зору віддаленої перспективи сприяє швидшому прогресивному одужуванню пацієнта, забезпечуючи елімінацію провокуючих чинників та відновлення цілісності тканинного біологічного бар'єру. Можливість впливу на процеси загоєння рани шляхом проведення процедур транскраніальної електростимуляції допомагає стабілізувати параметри специфічного та неспецифічного захисту, тим самим створюючи можливість для корекції імунологічного статусу як на етапі підготовки до ятрогенного втручання, так і в постопераційний період, скорочуючи тривалість реабілітації та в окремих випадках виключаючи необхідність проведення додаткової медикаментозної терапії без ризику виникнення можливих токсичних та алергічних реакцій. Крім того, в ході системного аналізу можливостей застосування транскраніальної електростимуляції був відмічений не тільки значний потенціал методики щодо посилення репаративних процесів організму, а й можливість його застосування при відповідних нервово-м'язових дисфункціях, в процесі моніторингу нервово-функціональної активності, лікування хронічних форм патологій, та як аддитивного методу в схемі комплексної реабілітації стоматологічних хворих.

**Summary.** The ability to influence the process of wound healing by transcranial electrical stimulation procedures helps to stabilize the parameters of specific and nonspecific protection, thus creating the possibility for immune status correction during the preparation for iatrogenic intervention and in the postoperative period, reducing needed time period for rehabilitation, and in some cases eliminating the need for additional drug therapy without the risk of possible toxic and allergic reactions appearance. During systematic analysis of capabilities for transcranial electrostimulation use, it was defined that this method has significant potential not only to enhance the reparative processes of the human body, but also is perspective for application during appropriate

neuro-muscular dysfunctions, during the monitoring of neuro-functional activity, for treatment of chronic pathologies, and as the additive method in the structure of complex dental patient rehabilitation.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ФІНІШНОЇ ОБРОБКИ КОМПОЗИТНИХ РЕСТАВРАЦІЙ РІЗНИМИ ПОЛІРУВАЛЬНИМИ СИСТЕМАМИ ШЛЯХОМ ГРАФІЧНОГО АНАЛІЗУ ЦИФРОВИХ ЗОБРАЖЕНЬ

Гангур І.

Науковий керівник: к.мед.н., Костенко С.Б.

Кафедра терапевтичної стоматології

Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

## EVALUATION OF COMPOSITE RESTORATION FINISHING QUALITY WITH THE USE OF DIFFERENT POLISHING SYSTEM BY THE GRAPHICAL ANALYSIS OF DIGITAL IMAGES

I.Gangur

Scientific leader: PhD, S.B. Kostenko

Department of Restorative Dentistry, Faculty of Dentistry,

Uzhhorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Якість лікування дефектів твердих структур зубів визначається шляхом комплексної оцінки параметрів реставрації та прогнозом довгострокового її функціонування (Радлінський С.В., 2014; Fradeani M., 2015). Серед запропонованих критеріїв USPHS одобрених FDI, рівень блиску та полірованості реставрацій відіграє одне з ключових значень для попередження не тільки таких ускладнень як дисколорації чи зміна текстури реставрації в майбутньому, а й для профілактики вторинного карієсу та дезінтеграції пломби, оскільки площі із підвищеною шороховатістю відіграють роль ретенційних пунктів для накопичення бактеріального нальоту та подальшого прогресування вищеописаних ускладнень (Morper K.W., 2011). Проте існуючі на сьогодні підходи до оцінки якості полірування реставрації характеризуються своєю суб'єктивністю і не забезпечують можливості отримання жодних чисельних даних для проведення відповідного об'єктивного аналізу ефективності фінішної обробки. Використання ж прикладного програмного забезпечення з перспективою графічного

аналізу областей реставрації забезпечує широкі можливості комплексного аналітико-синтетичного опрацювання зон інтересу самої реставрації та її меж із резидуальними тканинами зубам. Таким чином розробка підходів до оцінки якості проведеної фінішної обробки фотокомпозитних реставрацій з використанням прикладного програмного забезпечення та алгоритмів графічного аналізу залишається актуальним науково-практичним питанням терапевтичної стоматології.

**Мета дослідження.** Визначити ефективність різних полірувальних систем за параметрами однорідності фінішної обробки композитних реставрацій з використанням оригінального алгоритму графічного опрацювання цифрових зображень.

**Матеріали та методи дослідження.** З метою об'єктивізації показників полірування та визначення дійсних критеріїв якості проведення даної маніпуляції проводили оцінку реставрацій, виконаних композитним матеріалом ESTELITE® SIGMA QUICK в області фронтальної групи зубів у 14 пацієнтів. Для полірування у 4 пацієнтів застосовували систему Sof-Lex (3M), у 4 – систему Latus (Latus), у 3 – систему Kenda (Kenda), у 3 – систему Enhance (Dentsply). Для забезпечення інформативності оцінки якості полірування та можливості реєстрації конкретних чисельних даних проводили фотографування областей реставрації з подальшим аналізом цифрових зображень у програмному пакеті Gimp 2.8.20. Дане програмне забезпечення дозволяє проводити спектральний аналіз зображення у різних світлових діапазонах, таким чином чітко візуалізуючи область реставрації та визначаючи об'єктивні показники кольору відразу у двох моделях RGB та СМЬК. У програмному забезпеченні вимірюють площу ділянок різного ступеня полірування та відстань між ними. Шляхом попередньої каліброки, що представляє собою перерахунок координат зображення в метричні одиниці, проводять кількісну оцінку якості полірування поверхні реставрації. Якщо площа недостатньо заполірованої поверхні перевищує 10% - якість полірування визначається неоднорідною. Математичний аналіз числових даних здійснювався на основі програмного Microsoft Office Excel 2003 (Microsot Office).

**Результати дослідження та їх обговорення.** В ході проведеного аналізу 14 знімків реставрацій отриманих після їх поліруваннями різними системами згідно рекомендацій виробника вдалось встановити, що при використанні Sof-Lex та Enhance площа неоднорідно відполірованих ділянок не перевищує 7-15%, у той час як при використанні системи Kenda такий показник складав 13-18%, а системи Latus – 14-21%. Деталізований аналіз ділянок неоднорідної полірованості виявив, що такі

переважно локалізувалися в пришийковій області на участках переходу реставрації на апроксимальну поверхню. Вища експериментальна ефективність систем Sof-Lex та Enhance може бути обґрунтована вищими еластичними показниками самих інструментів, що дозволяє проникнути їм в приясенні та апроксимальні участки, не травмуючи при цьому тканини інтердентального сосочка та маргінального краю ясен. Величина одиночно розміщених ділянок полірування при використанні системи Sof-Lex та Enhance не перевищувала 4-5% від загальної площі реставрації, а в той час як аналогічний показник при використанні систем Latus – складав близько 8% від усієї площі реставрації. Полірувальна система Kenda продемонструвала проміжні результати, оскільки площа одиночно неполірованих поверхонь по відношенню до площі всієї реставрації при використанні даної системи складала 4-7%. Таким чином, можна стверджувати, що використання систем Sof-Lex та Enhance забезпечує кращу однорідність полірування поверхні реставрацій, хоча об'єктивні параметри полірованості таких потребують проведення подальших клініко-експериментальних досліджень.

**Висновки.** Використання показника однорідності полірування в якості критерію якості фінішної обробки реставрацій дозволяє верифікувати найбільш проблемні участки зубів після відновлення їх естетичної і функціональної цілісності з використанням фотокомпозитів. Запропонований алгоритм опрацювання графічних зображень дозволяє проводити калібровку таких у порівнянні із відтінком реставрації та зуба, а також автоматично візуалізувати ділянки недостатньої полірованості шляхом перерахунку координат зображення в метричні одиниці. Враховуючи, що об'єктивізація показника полірованості досі залишається відкритим науково-практичним питанням, використання параметрів однорідності полірованих поверхонь дозволяє оцінити ефективність проведеної процедури фінішної обробки реставрації та може бути рекомендованою для використання в ході комплексної оцінки якості надання стоматологічної допомоги населенню.

**Summary.** Use of polishing uniformity index as a criterion of quality finishing restorations allows to verify the most problematic tracts teeth after restoration of their aesthetic and functional integrity using photocomposite. The proposed graphical algorithm processing allows to provide calibration of a polishing parameters, and automatically visualize areas with deficit polishing quality. Given that objectification of polishing indicator remains an open scientific and practical issue, the use of parameter for evaluation of polishing homogeneity can be recommended for use during the integrated assessment of the quality of dental care.

ОЦІНКА КОРЕЛЯЦІЙНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ХІМІЧНОГО СКЛАДУ ТА  
ТИПУ РОЗЧИННИКА АДГЕЗИВНОЇ СИСТЕМИ НА МОЖЛИВІСТЬ  
ЗАСТОСУВАННЯ СПЕКТРОФОТОМЕТРИЧНИХ МЕТОДІВ  
ІДЕНТИФІКАЦІЇ У СТОМАТОЛОГІЇ

Маруха Р.Ю.

Науковий керівник: доц. Костенко С.Б.

Кафедра ортопедичної стоматології, науково - дослідний центр судової  
стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ “Ужгородський національний університет”  
Ужгород, Україна

ASSESSMENT OF CHEMICAL CORRELATIONS AND TYPE OF  
SOLVENT ON POSSIBILITY OF USE IDENTIFICATION  
SPECTROFOTOMETRIC METHODS IN DENTISTRY

R.Y. Maruha

Supervisor: PhD. S.B. Kostenko

Department of Prosthetic dentistry, Scientific and Research Center of Forensic  
Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** За даними IOFOS (Solheim T., 2012) Біди В.І., Мішалова В.Д. (2013) найбільша кількість конфліктних ситуацій між пацієнтами, лікарями та клініками визначена саме у сегменті надання стоматологічної допомоги та медико-правових відносин. Це стає предметом комісійних експертиз по якості надання стоматологічної допомоги.

За даними Савичук Н.О., поширеність карієсу та його ускладнень у дорослого населення становить 94-96%. Основною стоматологічною маніпуляцією являється пломбування каріозних порожнин фотокомпозитними матеріалами, що в свою чергу зумовлює використання адгезивних систем різноманітних поколінь.

За результатами спектрофотометричних досліджень адгезивних систем встановлено, що дані матеріали достовірно ідентифікуються методами пропускання та поглинання світлових променів. Однак згодом було виявлено, що існує залежність між хімічним складом адгезивної системи, типом її розчинником та можливістю використати заготовлений шаблон для спектрофотометричного дослідження.

Саме тому існує необхідність оцінити, дослідити та розширити покази до застосування спектрофотометричних методів ідентифікації адгезивних систем основних поколінь, спираючись на аналіз хімічного

складу та типу розчинника, що в свою чергу дозволить розширити доказову базу при розгляді скарг на неякісно проведене стоматологічне лікування.

**Мета дослідження.** Розширення можливостей застосування спектрофотометричних методів ідентифікації адгезивних систем для обґрунтування доказової бази в стоматології та судовій медицині та подальше їх впровадження в клінічну практику.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилося на кафедрі оптичної фізики УжНУ, стоматологічного факультету та науково-навчального центру судової стоматології. В експерименті використовували спектрофотометричну установку на базі спектрофотометра СФ – 4 та представників основних поколінь адгезивних систем: Prime&Bond NT (Dentsply) – V покоління ацетонвмісна адгезивна система, OptiBond Solo Plus (Kerr) – V покоління – етаноловмісна адгезивна система, ForBond (CromDental) – V покоління етаноловмісна адгезивна система, Single Bond Universal (3M) – VII покоління, адгезивна система на основі етанолу та води, Adper Single Bond (3M) – V покоління, етаноловмісна адгезивна система, Tetric N Bond Self Tech (Ivoclar) – VII покоління, адгезивна система на основі води. Із всіх представників адгезивних систем було виготовлено однакові заготовки, розміром 10 x 5 x 2 мм. Розміри досліджуваних пластинок перевіряли за допомогою штангенциркуля. Пластинки промаркували за допомогою цифрової нумерації для оптимізації процесу категоризації результатів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Використання вдосконалених методів спектрофотометрії дозволяє проводити ідентифікацію адгезивних систем різноманітних поколінь здатних пропускати та поглинати світлові хвилі в діапазоні (400-700 нм.) Однак на етапі дослідження встановлено, що адгезивним системам VII покоління не властива полімеризація по всій товщині заготовленого зразка, що в свою чергу потребує оптимізації та вдосконалення процесу.

**Висновки.** Спектрофотометричні методи ідентифікації адгезивних систем дають можливість проводити ідентифікацію адгезивних систем у стоматологічній практиці, судовій стоматології та судово-медичній експертизі з метою виявлення фальсифікату на стоматологічному ринку України та рівня якості надання стоматологічних послуг.

**Summary.** Article represent a theoretical argumentation for photospectroscopy measuring methods that can be used in forensic dentistry during identification of major adhesive systems of different generation such us : Prime&Bond NT (Dentsply), OptiBond Solo Plus (Kerr), ForBond

(CromDental), Single Bond Universal (3M), Adper Single Bond (3M), Tetric N Bond Self Tech (Ivoclar).

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЗАГОСТРЕННЯ ХРОНІЧНОГО  
ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ПАРОДОНТИТУ У ХВОРИХ НА  
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ.

Вучкан О.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц.. Добровольська М.К.  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH AGGRAVATED  
CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS AND DIABETES

O.V. Vuchkan

Scientific leader: PhD. M.K. Dobrovolska  
Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Згідно статистичними даними біля 80% населення страждає цукровим діабетом I типу. Хворі відмічають загальну втому, слабкість. У них спостерігається класична тріада: поліурія, полідипсія, поліфагія. Гіперглікемія викликає погіршення забезпечення тканин киснем, порушення усіх ланок обміну речовин, в тому числі синтез, дозрівання та гомеостаз колагену. І як наслідок васкулярну дисфункцію, фокальні тромбози та звуження судин. У них спостерігається схильність до погіршення загоювання ран, підвищена колагенолітична активність ясенної рідини, загальне ураження пародонту.

**Мета дослідження.** Вивчити ефективність комплексного лікування загострення хронічного генералізованого пародонтиту із застосуванням антигомотоксичної терапії у хворих на цукровий діабет.

**Матеріали та методи дослідження.** Протягом останнього року до нас звернулось 5 хворих жіночої статі 19 – 30 років з цукровим діабетом I типу. Вони страждають цим захворюванням від 12- 15 років. Всі мали виражені симптоми генералізованого пародонтиту I – II ступеня тяжкості. Огляд ротової порожнини виявив гіперемію, кровоточивість ясен, чисельні пародонтальні абсцеси з серозно – гнійним вмістом,

незадовільний стан гігієни, рухомість зубів I – II ст. Відповідно, індекс кровоточивості ясен за H.R. Muhlemann складав 2,7 бала. Індекс бляшок за SinesH. Loe (1964) дорівнював 2,6 бала. Пародонтальний індекс Рассела 0,76. Гігієнічний стан оцінювався у 2,5 бала за індексом ОНІ – S. На основі даних суб'єктивного та об'єктивного обстеження та індексної оцінки стану ротової порожнини хворих був встановлений діагноз загостреного хронічного генералізованого пародонтиту I – II ст. тяжкості.

Враховуючи перебіг загального захворювання, його місцевих проявів, зосередженість основних патологічних змін у позаклітинному просторі з ураженням мезенхімальних структур – матриксу, ми прийняли рішення про призначення загального та місцевого лікування із застосуванням алопатичних та антигомтоксичних препаратів на фоні лікування цукрового діабету з боку ендокринолога шляхом введення інсуліну.

На першому етапі лікування їм був призначений прийом антибіотиків «Полімік» по 1 таб 2 рази на день, фермент Сerratіопептидаза по 0,01г 3 рази на день, Аскорутин по 1 т. 2 р. (50 таб) після їжі та Кальцемін 1 раз у другій половині дня (60 таб), капсули пробіотика «Лінекс» 2 р. на день. Місцево призначені полоскання ротової порожнини розчином «Ангілекс», гель Метрогіл Дента, розсмоктування таблеток «Лісобакт » після їжі.

Перший етап лікування тривав 5 днів. Була проведена професійна гігієна ротової порожнини, дані рекомендації з зазначенням методів та засобів індивідуальної гігієни ротової порожнини. На 2му етапі у схему лікування були включені антигомтоксичні препарати (АГТП) протизапальні Траумель у таблетованому вигляді 1 таб. на день (50 таб.) після їжі, дренажний Лімфоміозот по 10 капель за 40 хв до їжі 3 рази на день та підшкірні ін'єкції Ехінацеї композітум 1 раз на тиждень, що містить в своєму складі 4 нозода: стафілококовий, стрептококовий, піогенний та грипозний. Дозу інсуліна, призначену ендокринологом ділимо і половину з неї вводимо підслизово по перехідній згортці.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вже найближчі результати комплексного лікування свідчили про ефективність вибраної лікувальної тактики: хворі відмічали покращення загального стану, зменшення болючості та кровоточивості ясен, зменшення пародонтальних кишень та гноетечі. Пародонтальний індекс став дорівнювати 0,06. Покращився гігієнічний стан ротової порожнини. Індекс бляшок Сілнес Лоу став дорівнювати 1,5. Гігієнічний індекс ОНІ – S– 1,4. Зменшилась рухомість зубів на 1- 2 бала. Підтримуюча терапія включала полоскання

Стоматофітом, Ротоканом, аплікації Календули, маззю Траумель, належне дотримання гігієнічних рекомендацій.

У віддалені строки спостереження через 6 місяців зберігались позитивні результати лікування, були відсутні кровоточивість, набряки ясен, пародонтальні абсцеси. Значення індексу Рассела були в межах 0,2.

**Висновки.** Наші перші обнадійливі результати лікування загостреного хронічного генералізованого пародонтиту у хворих на цукровий діабет I типу із застосуванням комплексних алопатичних та антигомтоксичних препаратів з підслизовим введенням інсуліну є дуже ефективними та потребує статистичної обробки, після якої можна буде рекомендувати в клінічну практику.

**Summary.** Our first encouraging results of treating patients with aggravated chronic generalized periodontitis and diabetes mellitus using complex of allopathic and antihomotoxic medications with submucosal administration of insulin found to be very effective and requires statistical analysis after which it will be possible to recommend it in clinical practice.

## ТЕОРІЇ ВИНИКНЕННЯ БРУКСИЗМУ ТА ОСНОВНІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ, ЯК ПАТОЛОГІЇ ЗУБО – ЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ

Зорівчак Т.І.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Клітинська О.В.

Кафедра стоматології дитячого віку, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород,  
Україна

## THEORIES OF BRUXISM AND MAIN ASPECTS OF ITS PATHOGENESIS AS A PATHOLOGY OF DENTOFACIAL SYSTEM

T.I. Zorivchak

Scientific leader: prof. O.V. Klitynska

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** На сьогоднішній день бруксизм є поширеною патологією, яка часто зустрічається як серед дітей, так і серед осіб молодого та старшого віку. Крім того, показник поширення не залежить від віку та статі пацієнтів. Незважаючи на те, що перші

відомості про дану зубо – щелепну патологію датуються ще 1938 роком (цей термін у медичну термінологію ввів S.C. Miller), точні причини виникнення до кінця не встановлені, що, у першу чергу, ускладнює можливість проведення профілактичних заходів, а також можливість ефективного підбору методу лікування, який насамперед впливатиме на етіологічний чинник.

**Мета дослідження.** Розглянути та проаналізувати літературні джерела стосовно сучасних теорій етіології та патогенезу бруксизму.

**Матеріали та методи дослідження.** Матеріалами дослідження стали наукові розробки вітчизняних та закордонних дослідників. В ході дослідження використано бібліосемантичний метод та структурно – логічний аналіз. Методичною основою дослідження став системний підхід.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Бруксизм – це стоматологічна патологія, головний симптом якої – скрегіт зубами, що виникає при стисненні щелеп внаслідок мимовільного скорочення жувальних м'язів. Крім того, в багатьох зарубіжних джерелах літератури можна зустріти такі поняття – синоніми: «нефункціональне стирання зубів», «первинна гіперфункція жувальних м'язів», «орофасціальна дискінезія», «мандибулярна дисфункція».

На сьогоднішній день вченими доведено, що провідним фактором у виникненні бруксизму є психоемоційна нестабільність, часті стресові ситуації. В ході проведених досліджень у пацієнтів з бруксизмом, які піддаються стресу, відмічається збільшення м'язової активності в залежності від психологічних переживань. Крім того, на виникнення даної патології впливають генетика, зловживання алкоголем, тютюнопаління, вживання наркотичних речовин, а також певних груп лікарських препаратів, які посилюють частоту виникнення та збільшують тривалість нападів.

Проаналізувавши численні літературні джерела, стає відомим, що дослідники по – різному трактують причини виникнення бруксизму.

З точки зору психології бруксизм виникає внаслідок емоційної нестабільності, стресових ситуацій, частих афектних станів, тому часто в народі дану патологію називають «хворобою бізнесменів», які постійно перебувають у психоемоційному напруженні.

Згідно з нейрогенною теорією ця патологія з'являється в результаті порушення функцій центральної та периферичної нервової систем, що призводить до неврологічних та рухових розладів. Багатьма дослідженнями підтверджено, що бруксизм часто виникає на фоні порушень сну, епілепсії та у пацієнтів, у яких спостерігається тремор.

З точки зору стоматологічної теорії виникненню бруксизму сприяють різноманітні відхилення в будові та функціях зубо-щелепної системи. Сюди відносяться патології прикусу, аномалії зубних рядів (адентія, надкомплектні зуби), неадекватно підібрані ортопедичні та ортодонтичні конструкції, артрит та артроз СНЩС та його дисфункції.

Прихильники остеопатичної теорії схилиються до думки, що бруксизм – це спроба нейром'язевої системи усунути блокування черепних швів і відновити порушення краніосакрального ритму. Такі явища можуть виникати у дітей внаслідок ускладненого протікання пологів, а у дорослих – на фоні неадекватно проведеного протезування, остеохондрозі шийного відділу хребта.

В інтернаціональній класифікації розладів сну бруксизм представляє собою стереотипний руховий розлад. Він виступає в ролі парасомнії, тобто не є первинним розладом сну. У нещодавно проведеному дослідженні серед 29 бруксистів, віком 23 – 68 років на основі проведених анкетувань та клінічних обстежень, Кампе відзначив, що у 72 % досліджуваних наявне порушення сну. Крім того, дослідник помітив, що 86 % досліджуваних скаржаться на головний біль, біль в спині, СНЩС, шум у вухах.

Експериментальними дослідженнями доведено, що поява бруксизму в нічний час виникає внаслідок активної дії нейромедіаторів, зокрема дофаміну та серотоніну. Деякі автори припускають, що надлишок дофаміну може стати причиною виникнення бруксизму. Цей факт підтверджує те, що введення дофаміновмісних психостимуляторів, наприклад амфітаміну, посилює вираженість бруксизму. Крім того, селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну мають безпосередній вплив на дофамінергічну систему, тому дуже часто призначаються в якості антидепресантів, наприклад, препарат «Прозак». При довготривалому вживанні ці препарати можуть стимулювати виникнення бруксизму.

Результати досліджень, отримані американськими вченими в 2015 році, (The BruxismTriad; Jeffrey S. Rouse, DDS September 2015) показали, що у 86 % випадків прояви бруксизму спостерігаються у фазі тихого сну. Порушення сну під дією бруксизму поділяються на три групи: хропіння, синдром опору верхніх дихальних шляхів та синдром апное сну.

Дослідники відзначають, що із збільшенням частоти бруксизму зростає частота апное сну. Бруксизм та дихальні шляхи по всій ймовірності пов'язані із спробою пацієнта розробити дихальні шляхи під час десатурації. Для покращення вентиляції легень включаються компенсаторні можливості організму, що характеризуються активацією

щелеп шляхом відкривання та закривання порожнини рота і цим самим призводять до розширення верхніх дихальних шляхів. Це допускає підвищення вдиху та зменшує опірність верхніх дихальних шляхів.

Таким чином, американські дослідники Оксенберг та Аронс своїми дослідженнями підтвердили, що під час безперервного позитивного тиску в дихальних шляхах спостерігається повне зникнення проявів бруксизму. Отже, ще одним етіологічним фактором виникнення бруксизму є патологія верхніх дихальних шляхів.

Провідним чинником у патогенезі бруксизму є зміни з боку м'язової системи. Найбільша функціональна активність щелеп забезпечується ритмічним скороченням та релаксацією м'язів. Ця ритмічна діяльність здійснює повноцінний адекватний циркулюючий рух крові, який постачає кисень до тканин та виводить продукти розпаду на клітинному рівні.

Бруксизм призводить до стійкого скорочення м'язів на тривалий період, в результаті чого зменшується насичення киснем м'язової тканини, знижується кровотік, накопичується велика кількість продуктів розпаду, і, як наслідок, виникають втома, біль та спазм м'язів.

Парафункціональна активність м'язів, безпосередньо бруксизм, призводять до змін у черепно-нижньощелепному комплексі. Зокрема, в результаті змін анатомії оклюзійних поверхонь зубів змінюється оклюзійне співвідношення зубних рядів.

**Висновок.** На сьогоднішній день точної причини виникнення бруксизму не встановлено, що, у свою чергу, перешкоджає своєчасному проведенню профілактичних заходів. Між лікарями – стоматологами ведуться численні дискусії стосовно поширеності бруксизму, оскільки ці показники варіюють від 5 до 95 %. Проте більшість проведених досліджень показує, що провідними етіологічними факторами є психоемоційна нестабільність та часті стресові ситуації, наявність супраконтактів, артрити, артрози СНЩС та його дисфункція, посттравматичні стани після перелому щелеп, ортодонтична патологія та порушення прохідності верхніх дихальних шляхів.

**Summary.** Nowadays bruxism is a very widespread pathology of the dental-jaw system, and it is registered from 85 to 90 percents accidents, especially 10-15/ among adults and 14-20/ among children. The definite causes of the given pathology are not defined, but it is known that leading etymological factors are psychological and emotional instability, supracontacts, dysfunction of temporomandibular joint, arthritis and arthrosis, posttraumatic states after jaw fractures, orthodontic pathology.

## КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗУБНИХ ЩІТОК З ВИСОКОЮ ГУСТИНОЮ ЩЕТИН

Копачинська А. Р., Кушніренко М. О.

Науковий керівник: ас. Кушніренко М. О.

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет  
Івано-Франківський національний медичний університет, Івано-  
Франківськ, Україна

## CLINICAL EFFICACY OF TOOTHBRUSHES WITH HIGH-DENSITY BRISTLES

A.R. Kopachynska, M.O. Kushnirenko

Scientific leader: asst. M.O. Kushnirenko

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Актуальність теми.** Оскільки зубна щітка є основним інструментом для очищення ротової порожнини, її будова, якість щетинок, ретельність виконання техніки чищення зубів мають велике значення для якості очищення зубів і слизової оболонки від залишків їжі і зубного нальоту. Стоматологи і пацієнти опинилися перед проблемою вибору зубних щіток, які дозволяють найефективніше видаляти зубний наліт і при цьому не викликають негативних наслідків для твердих тканин зубів і слизової оболонки ротової порожнини. В наш час великого значення набула об'єктивна оцінка предметів гігієни ротової порожнини та їх клінічна апробація з метою підбору найефективніших засобів для індивідуальної гігієни. Сьогодні на ринку з'явилися нові види зубних щіток, про клінічну ефективність яких ще немає даних у науковій літературі.

**Мета дослідження.** Вивчення клінічної ефективності очищення ротової порожнини з використанням зубних щіток із високою густиною щетин (Curaprox 5460 UltraSoft) у порівнянні із зубними щітками зі звичайною густиною щетин (800-900 щетин).

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено клінічний огляд студентів віком 18-22 роки, яких розділили на три групи: I – пацієнти, які чистили зуби звичайною зубною щіткою; II – пацієнти, які чистили зуби зубною щіткою з високою густиною щетин (Curaprox 5460 UltraSoft) до проведення дослідження; III – пацієнти, які чистили зуби звичайною зубною щіткою, та в процесі дослідження змінили її на щітку із високою густиною щетин.

Ефективність очищення зубів оцінювали за допомогою індекса Стелларда, який визначали при першому та при другому огляді (через тиждень після навчання чищення зубів).

**Результати дослідження та їх обговорення.** За індексом Стелларда було виявлено: у I групі при першому огляді у 20% пацієнтів рівень гігієни був поганим, у 20% – незадовільним, у 40% – задовільним і у 20% – хорошим; при другому огляді у 40% – задовільний та у 60% – хороший рівень гігієни. Найкращі результати були у II групи: при першому огляді хороший рівень гігієни був у 80% досліджених, а при другому – у 100%. У III групи результати першого і другого огляду суттєво відрізнялися: рівень гігієни при першому огляді у 80% пацієнтів був незадовільним, у 20% – задовільним; при другому огляді: у 20% – задовільним, у 80% – хорошим.

Усі пацієнти, які користувалися зубною щіткою з великою кількістю щетин, мали ліпші результати гігієни ротової порожнини навіть до навчання, і ще кращі – після його проведення.

#### **Висновки.**

1. Більшість людей чистить зуби не правильно, але надання рекомендацій щодо чищення зубів значно поліпшило стан гігієни у всіх трьох групах.
2. При застосуванні зубної щітки із великою кількістю щетин (Curaprox 5460 UltraSoft) виявлено високу клінічну ефективність, що дозволяє нам рекомендувати її як одну з найкращих зубних щіток для індивідуальної гігієни ротової порожнини.

**Summary.** There are some new types of toothbrushes presented at the market today, but their clinical efficacy is not described at the scientific literature. We have conducted clinical examination of students aged 18-22 years who were cleaning teeth with different bristle of brushes. Using index of Stellard we found that using a toothbrush with high-density bristles (Curaprox 5460 UltraSoft) showed high clinical efficiency, and such results allow to recommend it as one of the best toothbrush for personal oral hygiene.

ДОСВІД ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГІНГІВІТУ У  
ДІТЕЙ З АТОПІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Кривенко Л.С.

Науковий керівник: проф., д.мед.н. Р.С. Назарян  
Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

## EVIDENCE OF CHRONIC GINGIVITIS TREATMENT OPTIMIZATION AMONG CHILDREN WITH ATOPIC DISEASES

L.S. Kryvenko

Scientific leader: prof. Nazaryan R.S.  
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

**Актуальність теми.** Асоційовані захворювання з кожним роком стають все більш актуальною проблемою охорони здоров'я. Особливу зацікавленість викликає поєднаний перебіг бронхіальної астми, алергічного риніту та atopічного дерматиту, які поєднують у групу atopічних захворювань, та основних стоматологічних захворювань, поширеність яких не має тенденції до зниження. Підтвердженням цього є стрімке зростання як розповсюдженості захворювань пародонта, так і atopічних захворювань. Особливо гостро це питання стоїть серед дитячого контингенту.

**Мета дослідження.** Дослідити стан показників прооксидантного-антиоксидантного балансу та ступеню запалення в яснах у результаті застосування комплексу заходів, направлених на оптимізацію лікування хронічного гінгівіту у дітей з atopічними захворюваннями.

**Матеріали та методи дослідження.** Всього було обстежено 90 пацієнтів на базі Обласної дитячої клінічної лікарні №1, яким було встановлено діагноз «бронхіальна астма», «алергічний риніт», «atopічний дерматит». Для даного дослідження було обрано: 60 пацієнтів з хронічним гінгівітом на тлі atopічних захворювань (1 група), до яких була застосована оптимізована методика лікування, яка включала використання імуномодулюючого препарату протягом 20 днів та модифікована схема індивідуальної гігієни. Друга група була представлена 30 пацієнтами з хронічним гінгівітом на тлі atopічних захворювань, до яких була застосована стандартна схема лікування гінгівіту. Визначення рівня малонового діальдегіду (МДА) проводили за методом Uchiyama M. & Michara M. у модифікації Волчегорського І.А. та співав. за тестом с тіобарбітуровою кислотою. Визначення ступеню запалення проводили за допомогою індексу РМА у модифікації Парма.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз стану про- та антиоксидантного гомеостазу ротової пацієнтів першої групи та пацієнтів другої групи, показав, що в пацієнтів 1-ої групи при даному дослідженні є достовірна тенденція до нормалізації концентрації продуктів перекисного

окислення ліпідів. Так, концентрація МДА ротової рідини у групі пацієнтів першої групи була достовірно нижчою за таку у групі пацієнтів другої групи, де була використана стандартна методика лікування хронічного гінгівіту –  $(3,17 \pm 0,93)$  мкмоль/л та  $(5,28 \pm 0,66)$  мкмоль/л відповідно. Рівень РМА дорівнював  $(23,99 \pm 1,74)$  % у другій групі та  $(4,4 \pm 0,25)$  % у першій групі.

**Висновки.** Проведене дослідження демонструє високу ефективність запропонованого комплексу заходів, направленою на оптимізацію лікування хронічного гінгівіту у дітей з atopічними захворюваннями.

**Summary.** Totally 90 patients with chronic gingivitis were observed. For this study were selected 60 patients with chronic gingivitis and atopic diseases, among which optimized methods of treatment were used, which included the use of immunomodulatory drugs for 20 days and a modified scheme of personal hygiene. The second group was composed of 30 patients with chronic gingivitis on a background of atopic diseases to which was applied a standard regimen of gingivitis. The study demonstrates the high efficiency of the proposed set of measures aimed to optimize the treatment of chronic gingivitis among children with atopic diseases.

## ОЦІНКА СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ, ЯК ОДИН ІЗ ПРЕДИКТОРІВ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Маркевич С.А.

Науковий керівник: д.мед.н., доцент Гасюк Н.В.

Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я.  
Горбачевського МОЗ України», Тернопіль, Україна

## EVALUATION OF AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM CONDITION AS ONE OF THE PREDICTORS OF DENTAL DISEASE

S.A. Markevych

Scientific leader: PhD., Docent N.V. Gasyuk

Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

**Актуальність теми.** На даний час поширеність стоматологічної патології серед осіб молодого віку складає майже 96-98 % (Н.О. Савичук, 2009). Так каріозним процесом уражено 80-82%, захворювання тканин пародонта займають друге місце по частоті та розповсюдженості і вражають близько 65-70% осіб даного контингенту (О.В. Клітинська 2015, Н.В. Гасюк). На третьому місці некаріозні ураження та патологія слизової оболонки порожнини рота, які за різними літературними джерелами складають 35-40% (Е.В. Боровський, В.С. Іванов 2007). Проте залишається відкритим питання прогностичних критеріїв розвитку стоматологічної патології осіб молодого віку.

**Мета дослідження.** Визначення предикторів розвитку стоматологічної патології в залежності від типу темпераменту індивідуума.

**Матеріали та методи дослідження.** Об'єктами клінічних спостережень були 18 осіб різних статей віком 20-22 роки. Дані збирали шляхом анкетування, при якому враховували спадковість, характер харчування. Всім обстеженим проводили стоматологічний огляд, дані заносили у амбулаторну карту форми 0-43. Кореляційний аналіз між обраними параметрами проводили із визначенням коефіцієнту кореляції ( $r$ ) за Спірменом. Візуалізацію визначених кореляційних зв'язків між параметрами проводили методом кореляційних плеяд (П. В. Терентьев, 1959).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результатами кореляційного аналізу показано наявність прямого кореляційного зв'язку між холеричним типом темпераменту та травматичними ураженнями слизової оболонки порожнини рота (м'яка форма лейкоплакії) із коефіцієнтом кореляції ( $r=91$ ) та меланхолічним типом темпераменту, патологією тканин пародонта ( $r=63$ ). Кореляційний зв'язок ( $r=71$ ) утворювали наступні параметри, а саме сангвіністичний тип темпераменту, спадковість та некаріозні ураження (гіпоплазія емалі). Слід зазначити, відсутність кореляційних зв'язків між каріозним процесом та типом темпераменту індивідуума, що підтверджує на мультифакторну природу даної нозології

**Висновки.** Приведений кореляційний аналіз дає можливість розробки психологічних предикторів розвитку стоматологічної патології у осіб вказаного контингенту.

**Summary.** Nowadays the prevalence of dental pathology among the young people is on the high level. This scientific fact has motivated us to determine the predictors of dental pathology depending on the type of

temperament of individual. The results of provided correlation research have proved connection between the autonomic nervous system and dental disease.

АНАЛІЗ ЕТІОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ ТРАВМАТИЧНОГО  
ОСТЕОМІЄЛІТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Петрецька С.Ю.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. П.П. Брехлічук  
Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та  
онкостоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

ANALYSIS OF ETIOLOGICAL AGENTS OF TRAUMATIC  
MANDIBULAR OSTEOMYELITIS

S.Y. Petretska

Scientific leader: PhD., P.P. Brekhlichuk  
Department of Surgical Dentistry, Maxillo-Facial Surgery and  
Oncostomatology, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** За останні роки кількість механічних пошкоджень м'яких тканин і кісток лицевого черепа постійно збільшується і складає від 6 до 16,4% від загального травматизму( А.С. Артюшкевич, 1995; І.А. Харькова, 1998). Серед пошкоджень кісток лица переломи нижньої щелепи зустрічаються в 70-85% випадків ( Г.П. Рузін з співавт., 1990; Г.Н. Кравцова, 1993), а частота розвитку гнійних запальних ускладнень переломів нижньої щелепи залишається високою – 5,5-41% (П.Г. Сисолятин і співав., 1993). Зокрема, травматичний остеомієліт нижньої щелепи розвивається у 11-25% випадків, тому профілактика і лікування інфекційно-запальних ускладнень переломів нижньої щелепи є однією з актуальних проблем хірургічної стоматології і щелепно-лицевої хірургії.

Остеомієліт – це гнійно-некротичний, інфекційно-алергічний запальний процес у кістці, що виникає під впливом екзо- і ендогенних чинників на фоні попередньої сенсibilізації і вторинної імуносупресії організму та супроводжується некрозом кістки. При травматичному остеомієліті нижньої щелепи цей процес виникає в ділянці перелому

нижньої щелепи, супроводжується некрозом раневих поверхонь відламків з утворенням секвестрів і регенерацією кісткової тканини. При цьому може виникати некроз ділянок кістки, яка не має ознак пошкодження і розміщена на деякій відстані від щілини перелому, а самоочищення рани і одужання не відбувається без проведення тривалого спеціалізованого лікування (М.В. Кірпічников, 2004).

**Мета дослідження.** Провести аналіз етіологічних чинників розвитку травматичного остеомієліту при переломі нижньої щелепи в сучасних умовах.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами вивчено історії хвороб пацієнтів з переломами нижньої щелепи та їх ускладнень за період 2014-2016 р.р.. За вказаний період в ЛОР відділенні Закарпатської обласної клінічної лікарні імені А.Новака було проліковано 192 пацієнта з травматичними переломами нижньої щелепи, в тому числі ускладнених травматичним остеомієлітом.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Різні запальні ускладнення було діагностовано у 78 (41%) хворих, травматичний остеомієліт – у 23 (12%). Вік пацієнтів з травматичним остеомієлітом коливався від 18 до 61 року. Чоловіки – 92%, жінки – 8%. Тривалість захворювання травматичним остеомієлітом від 1 місяця до 2 років.

Імобілізація кісткових відламків в амбулаторних умовах була проведена тільки 9 хворим, всі інші пацієнти були направлені навіть без тимчасової (транспортної) іммобілізації. У всіх пацієнтів перелом розміщувався в межах зубного ряду, у деяких з них зуби, що знаходилися в лінії перелому, не були видалені. Зберігається тенденція до збільшення кількості хворих, що звернулися за медичною допомогою пізні строки після отримання травми. В 1-2 день після травми звернулося 10% хворих, на 3-5 день – 52%, решта – через тиждень і більше після отримання травми. У пацієнтів з супутніми захворюваннями відмічалася більша тривалість захворювання травматичним остеомієлітом нижньої щелепи, особливо при наявності хронічного алкоголізму та цукрового діабету.

**Висновки.** Аналіз результатів проведеного дослідження говорить про те, що основними факторами виникнення гнійно-запальних ускладнень у хворих з переломами нижньої щелепи є: пізні звернення за кваліфікованою медичною допомогою, неякісна іммобілізація кісткових відламків, наявність зуба в лінії перелому, наявність вогнищ хронічної одонтогенної інфекції, супутня патологія.

**Summary.** Analysis provided in the research indicates that the main factors of inflammatory complications among patients with mandibular fractures are: late seeking for quality medical care, poor quality immobilization

of bone fragments, the presence of tooth fracture line, the presence of chronic odontogenic infection foci, concomitant diseases.

ОБГРУНТУВАННЯ ПРЕВЕНТИВНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ФІСУРНОГО  
КАРІЕСУ У ПІДЛІТКІВ ЯКІ ПРОЖИВАЮТЬ У ЗОНІ БІОГЕОХІМІЧНОГО  
ДЕФІЦИТУ ФТОРУ ТА ЙОДУ.

Шеверя С.М., Мухіна Я.О.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Клітинська О.В

Кафедра стоматології дитячого віку, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна.

RATIONALE FOR PREVENTION OF FISSURE CARIES  
IN ADOLESCENTS LIVING IN DEFICIT BIOGEOCHEMICAL FLUORINE  
AND IODINE AREA

S.M.Sheveria, S.M. Mukhina

Scientific leader: prof. O.V. Klitynska

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Сьогодні немає, мабуть, жодної людини, яка би не чула про таке поширене захворювання, як карієс зубів. Особливо це захворювання виражено в регіонах з біогеохімічним дефіцитом фтору та йоду. Він характеризується ураженням твердих тканин з подальшим утворення порожнини. Будь-який вид карієсу є патологічним процесом, що призводить до руйнування тканин зуба і, навіть до його втрати.

Фісурний карієс, як вид карієсу можна спостерігати навіть у самому ранньому дитинстві після прорізування зубів. Пояснюється це недостатньою мінералізацією, ослабленістю емалі, що викликано в 90% незадовільною гігієною порожнини рота, призводить до затримки мікроорганізмів зубного нальоту, і в подальшому до руйнування кристалічної решітки емалі продуктами їх життєдіяльності з утворенням порожнини. Крім того, однією з причин виникнення такого виду карієсу можна відзначити будови фісур, приміром, їхня надмірна глибина та вираженість може бути відмінною причиною розвитку карієсу, незважаючи навіть на дуже ретельну чистку. Також при глибоких фісурах емаль має більш тонку структуру, а відповідно більш схильна до різних впливів і захворювань. Карієс фісур часто протікає

безсимптомно та при відсутності лікування викликає руйнування твердих тканин зуби, з утворенням ускладнень.

**Мета дослідження.** Визначити особливості превентивної профілактики фісурного карієсу у підлітків які проживають у зоні біогеохімічного дефіциту фтору та йоду.

**Матеріали і методи дослідження.** Матеріалами для нашого дослідження був вибраний фігурний герметик Fissurit FX (Voco, Німеччина). Здійснювалася інвазивна та неінвазивна герметизація фісур жувальних постійних зубів впродовж 1-1,5 після їх прорізування.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Неінвазивна герметизація відрізняється від інвазивної відсутністю необхідності попереднього видалення демінералізованої емалі чи розкритті закритих глибоких фісур.. Завдяки застосуванню сучасних технологій, цей процес проходить досить швидко і дозволяє повністю відновити структуру, анатомічну будову та функції зуба.

Вирізняють методики лікування фісурного карієсу:

1. Проста або неінвазивна герметизація із застосуванням склоіономерних і компомерних матеріалів. Її використовують при ранньому карієсі у тимчасових молярах, які щойно прорізулися, та для постійних молярів та премолярів, які почали прорізуватися, але мають високі ризики формування порожнин.

2. Інвазивна методика передбачає застосування механічного очищення, препарування або видалення демінералізованих тканин, адгезивної підготовки, використання герметика, корекції оклюзії і остаточне фторування. Використовується в разі зрілої, сформованої емалі з підвищеним ризиком утворення порожнини. Інвазивна методика характеризується необхідністю проведення препарування з використанням спеціальних борів.

Ефективним та безпечним мінімально-інвазивним методом є ремінералізуюча терапія, яка заключається в насиченні емалі зубів кальцієм та фтором методом аплікації, або з використанням фізичних методів введення, зокрема електрофорез. Являється досить ефективним методом лікарської профілактики карієсу в ендемічних зонах, особливо у підлітків в пубертатному періоді при незадовільній гігієні порожнини рота. Ще одним методом лікування фісурного карієсу є використання відновлювальних вкладок з кераміки або золота. Це мікропротез зуба, який на відміну від пломби виготовляється в зубо-технічної лабораторії. Для цього спочатку препарують порожнину, потім роблять відбиток, виготовляють гіпсову модель зуба, на якій зубний технік виготовляє вкладку, яка компенсує втрачену частину зуба з подальшої її фікацією в зубі.

**Висновки.** Проведення превентивної профілактики фісурного карієсу у підлітків, які проживають у зоні біогеохімічного дефіциту фтору та йоду повинно здійснюватися обов'язково за показами лікаря-стоматолога у віковому аспекті з урахуванням факторів ризику формування та прогресування карієсу. Вибір методу превентивної профілактики залишається за лікарем, враховуючи його компетентність, рівень оснащення стоматологічного кабінету та матеріально-технічною базою поліклініки.

**Summary.** Carrying out preventive methods of fissure caries in adolescents who live in the area of biogeochemical fluorine and iodine deficiency should be made obligatory by the dentist due to age aspect, taking into account risk factors for the formation and progression of caries.

## ОБГРУНТУВАННЯ ВПЛИВУ БІОГЕОХІМІЧНОГО ДЕФІЦИТУ ФТОРУ ТА ЙОДУ НА СТРУКТУРУ ТА ФУНКЦІЇ ЕМАЛІ ЗУБІВ

Шетеля В.В.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Клітинська О.В.

Кафедра стоматології дитячого віку, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## JUSTIFICATION OF BIOGEOCHEMICAL FLUORINE AND IODINE EXPOSURE ON THE STRUCTURE AND FUNCTION OF TOOTH ENAMEL

V.V. Shetelya

Scientific leader: prof. O.V. Klitynska

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Значна поширеність та інтенсивність карієсу є актуальною проблемою, особливо в Закарпатській області, де існує природній біогеохімічний дефіцит фтору, яка сягає 92 – 99%. Для забезпечення якості та ефективності лікування, особливо у осіб молодого віку, слід звернути увагу на соматичні патології, умови життя, стан фізичного та психологічного здоров'я. Важливе місце в карієс резистентності належить фтору, який впливає на наступні механізми: створює стійкість емалі, особливо її поверхневого шару, до дії кислот за

рахунок заміщення фтором гідроксильної групи або карбонату, приймає участь у формуванні кристалічної структури емалі. Більшість запропонованих програм профілактики стоматологічних захворювань передбачають застосування фторидів.

**Мета дослідження.** Підвищити ефективність профілактики та лікування уражень твердих тканин зубів населення, які проживають за умов дефіциту фтору та йоду, найбільш значимих факторів ризику та проведення ремінералізуючої терапії твердих тканин зубів.

**Матеріали та методи дослідження.** Клінічні – для вивчення особливостей клінічних проявів захворювань твердих тканин; епідеміологічні – для з'ясування характеру та поширеності стоматологічних захворювань; статистичні – для статистичної оцінки значимості отриманих результатів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вивчено особливості стану стоматологічного здоров'я залежно від віку та статі, які проживають в умовах дефіциту йоду та фтору. Визначено методики проведення ремінералізуючої терапії твердих тканин зубів. Розроблена схема проведення лікувально – профілактичних заходів, спрямованих на зниження інтенсивності карієсу.

**Висновки.** Отримані результати щодо стану стоматологічного здоров'я залежно від віку і статі можуть бути використані для обґрунтування вибору методів профілактики і лікування стоматологічних захворювань.

**Summary.** The problem of the prevalence of caries and fluoride deficiency will always be relevant. Dental prevention consists of a set of interrelated and complementary measure, which includes also proper hygienic regime of nutrition. Currently, the most common prophylaxis method is to conduct preventive therapy and the use of fluoride.

## МІКРОМІНЕРАЛІЗУЮЧИЙ ПОТЕНЦІАЛ РОТОВОЇ РІДИНИ ЯК МАРКЕР РОЗВИТКУ КАРІЄСУ.

Шешукова О.В., Бауман С.С.

Кафедра дитячої стоматології, Інститут післядипломної освіти  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава, Україна

## MICROMINERALIZATION POTENTIAL OF ORAL FLUID AS A MARKER OF CARIES DEVELOPMENT

O.V. Sheshukova, S.S. Bauman

**Актуальність теми.** Проблема настільки поширеного захворювання, як карієс зубів, займає одне з провідних місць в дитячій стоматології. Відповідно до сучасних уявлень каріозний процес розвивається внаслідок складної взаємодії загальних і місцевих факторів, яка реалізується в системі «наліт-слина- структура емалі».

До факторів ризику виникнення карієсу крім карієсогенної мікрофлори слід віднести порушення складу і властивостей змішаної слини. Мінералізуючі властивості ротової рідини визначають резистентність твердих тканин зубів після їх прорізування, забезпечуючи процеси дозрівання емалі. Провідна роль у формуванні мінералізуючої функції слини належить кальцію і фосфору - основним структуроутворюючим елементам гідрооксіапатиту емалі. Ротова рідина виконує мінералізуючу функцію тільки за умови нейтрального або слабко лужного значення рН, коли вона перенасичена іонами кальцію і фосфору. Тому біофізичні властивості змішаної слини істотно впливають на гомеостаз твердих тканин зубів. Одним з методів дослідження ротової рідини є кристалографічний метод, заснований на її здатності утворювати кристалічні структури, обумовлені хімічним складом. У клінічну практику впроваджений метод аналізу типів кристалізаційних фігур, що утворюються при висушуванні ротової рідини. Характер малюнка мікрокристалограм визначається балансом органічних і неорганічних компонентів, основними фізико-хімічними її властивостями.

**Мета дослідження.** Визначити прогностичну цінність методу оцінки мінералізуючого потенціалу ротової рідини на розвиток карієсу в дітей із захворюваннями опорно-рухового апарату.

**Матеріали та методи дослідження.** Наші дослідження ми проводили на базі Полтавського обласного санаторію для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. У дослідженні брали участь 43 дитини у віці від 9 до 15 років: 17 хлопчиків (39,54%) і 26 дівчаток (60,46%). Обстежені нами пацієнти перебували на довгостроковому (до 6-12 місяців) лікуванні в санаторії для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Мінералізуючий потенціал слини вивчали за методикою П.А.Леуса. Забір змішаної слини в кількості 0,2-0,3 мл. забирають з дна порожнини рота за допомогою стерильної піпетки. На предметне скло, попередньо оброблене спиртом, наносили не менше трьох крапель ротової рідини. Мікропрепарати висушували при кімнатній температурі. Висохлі краплі вивчали під мікроскопом у відбитому світлі

при невеликому збільшенні. Характер малюнка на склі оцінювали за 5 бальною шкалою в залежності від виявлених типів кристаллоутворення:

0 балів - повна відсутність кристалів в полі зору;

1 бал - кристали різної форми розташовуються рівномірно у вигляді сіточки по всьому полю або згруповані на периферії краплі, а в полі зору знаходиться багато органічної речовини;

3 бали - в центрі краплі розташовуються окремі дендритні кристалопризматичні структури, а на периферії знаходиться велика кількість призматичних структур неправильної форми;

5 балів - в центрі краплі виявляється чіткий малюнок великих подовжених кристалопризматичних структур, зрощених між собою, що мають деревоподібну або папоротеподібну форму, в той час як органічна речовина розташовується в невеликій кількості на периферії. Потім вираховували середній бал для кожного пацієнта і оцінювали рівень мінералізуючого потенціалу слини відповідно до наступної градації: 0,0-1,0 - дуже низький; 1,1-2,0 - низький; 2,1-3,0 - задовільний; 3,1-4,0 - високий; 4,1-5,0 - дуже високий.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За даними нашого обстеження у дітей с захворюваннями опорно - рухового апарату МПРР визначено як низький і становить  $1,62 \pm 0,53$  бала. Картина кристалізації у цих дітей виглядає наступним чином - в полі зору кристали різної форми, рівномірно розміщені по всьому полю у вигляді решітки зі значною кількістю органічної речовини. Такий стан МПРЖ свідчить про наявність карієсогенної ситуації в порожнині рота обстежених дітей. Всі обстежені нами діти мали декомпенсовану ступінь активності карієсу зубів та вимагали проведення санаційних заходів. Показник мінералізуючого потенціалу ротової рідини є прогностичним для визначення ризику розвитку карієсу. Оцінка 5 балів відповідає здоровій порожнині рота або компенсованій формі карієсу і вимагає тільки ретельного догляду за порожниною рота. При оцінці 3 бали - виявляється субкомпенсована форма карієсу, в цьому випадку необхідна ендогенної або екзогенної профілактики курсами 2 рази на рік. Оцінка менше 3 балів свідчить про більш виражені порушення і проявляється при декомпенсованій формі карієсу. При цьому профілактичні заходи проводяться 3-4 рази на рік. Ротова рідина є однією з інформативних біологічних рідин в організмі людини. Вона робить значний внесок в регуляції гомеостазу порожнини рота. Дослідження різних параметрів ротової рідини дозволяють використовувати її як маркер ряду захворювань органів порожнини рота, одним з яких і є карієс.

**Висновки.** Отримані дані про порушення мінерального складу змішаної слини обумовлюють доцільність ендogenousного призначення комплексних вітамінно-мінеральних препаратів з метою нормалізації її мінералізуючого потенціалу.

**Summary.** The changes in mineral composition of mixed saliva determine the feasibility of endogenous complex vitamin and mineral treatment to normalize its mineralization potential.

## ЛОЖКА ДЛЯ ЗНЯТТЯ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ВІДБИТКІВ ТА МЕТОДИКА ЇЇ ЗАСТОСУВАННЯ

Локота М.Є., Маляр А.В., Микуляк П.П., Вовчок Р.В.

Науковий курівник: к.мед.н., доц. Локота Є.Ю.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород,  
Україна

## TRAY FOR TAKING DENTAL IMPRESSIONS AND METHODS OF ITS APPLICATION

M.Y. Lokota, A.V. Maliar, P.P. Mykuliak, R.V. Vovchok

Scientific leader: Ph.D., Assoc. prof. Y.Y. Lokota

Department of Orthopedic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Одним із важливих напрямків розвитку ортопедичної стоматології є забезпечення лікувальних установ сучасним обладнанням, оснащенням, основними та допоміжними матеріалами. Відомо, що вироби та матеріали, які застосовуються влюбій сфері діяльності, через деякий час морально старіють, а їх місце займають продукти інноваційних розробок в даній галузі. Період між виникненням ідеї, її оформленням, виготовленням експериментальних зразків та впровадженням даного пристрою чи матеріалу у промислове виробництво може бути різним, але, як відомо, становить принаймні від одного до декількох років. В ортопедичній стоматології широко використовуються ложки для зняття стоматологічних відбитків, більшість із яких мають форму лотка та борти, торці яких приблизно відтворюють форму зубного ряду. Оскільки зубо-щелепний апарат кожної людини індивідуальний, для зняття якісного відбитку із оптимальною кількістю відбиткового

матеріалу лікар-стоматолог вибирає ложку з найбільш близькою до оптимальної формою лінії бортів із наявних на його робочому місці екземплярів. У зв'язку з цим є актуальною проблема вдосконалення конструкції ложки для стоматологічних відбитків з метою розширення її функціональних можливостей без суттєвого збільшення матеріалоемності даного виду оснащення.

**Мета дослідження.** В даній роботі завданням є опрацювання науково-технічної та патентної інформації щодо конструкцій стоматологічних ложок та розроблення конструкції відбиткової ложки для забезпечення більш широкого набору форм та розмірів основних фрагментів ложок без суттєвого збільшення матеріалоемності і таким чином розширення функціональних можливостей та забезпечення раціонального використання відбиткового матеріалу, а також виготовлення та випробування експериментальних зразків відбиткових ложок розроблених конструкцій для формулювання рекомендацій щодо їх подальшого вдосконалення.

**Матеріали та методи дослідження.** Основними матеріалами для виготовлення ложок для зняття стоматологічних відбитків є металічні сплави, пластичні маси та композиційні матеріали. Головною вимогою до таких матеріалів є їх нешкідливість при контакті з тілом людини, оскільки вони безпосередньо контактують з ротовою порожниною пацієнта та руками лікаря-стоматолога. Другою важливою вимогою є їх технологічність, тобто легка оброблюваність різанням, свердлінням а також термопластичність для полімерних матеріалів. Крім того, матеріали мають бути доступними та недорогими. В даній роботі для виготовлення експериментальних зразків використали поліметилметакрилат.

У багатьох відомих конструкціях ложок передбачена наявність в бортах та основі отворів, прорізів та виступів, призначених для утримання відбиткової маси. Відомі також стоматологічні ложки із змінними елементами, наприклад, із різновисокими випуклостями або еластичними продовгуватими пластинами. Відомі також ложки для зняття відбитків із застосуванням вакуумної системи.

**Результати досліджень та їх обговорення.** При розробці конструкції відбиткової ложки ставилась задача забезпечити значний набір форми та розмірів без суттєвого збільшення кількості деталей. Для цього запропоновано в конструкцію ложки ввести змінні елементи. Параметрами, які корелюються підбором змінного елемента, є максимальна віддаль між бортами ложки та кут між задніми частинами бортів фрагментів ложки. Згідно розробленій конструкції основа ложки розділена на дві симетричні частини, між якими встановлено змінний

елемент, який має форму пластини з прямолінійними боковими торцями і розташований в одній площині з основою ложки, в передній частині змінного елемента виготовлено вигин, аналогічний вигинам фрагментів ложки, в середній частині змінного елемента по його обидва боки виготовлено виступи, розташовані в одній площині із змінним елементом, торець виступу та боковий торець змінного елемента в основі виступу розташовані під гострим кутом, у фрагментах ложки виконані вирізи, ідентичні по розташуванню, формі та розмірам виступам змінного елемента. Для з'єднання фрагментів ложки та змінного елемента по обидва боки від вирізів у фрагментах ложки та виступів у змінному елементі виготовлені принаймні два наскрізних канали циліндричної форми з однаковими діаметрами перетинів, осі каналів у кожній групі співпадають і направлені паралельно основі ложки. Ложка містить також вставні стержні, розміри яких відповідають розмірам наскрізних каналів. Ручка ложки прикріплена до одного із фрагментів.

Ложка містить бокові симетричні фрагменти 1 та 2 з бортами 3, ручку 4, змінний елемент 5 з бортом 6 та виступом 7. В фрагментах 1 та 2, змінному елементі 5 виконані наскрізні канали 8, призначені для розміщення в них стержнів. Форми виступів можуть бути різними, наприклад, як показано у варіантах a, b, c, але при умові, що в основі виступу 7 кут між торцем виступу 7 та боковим торцем змінного елемента 5 гострий, що запобігає зміні відносного положення фрагментів ложки та змінного елемента в робочому стані. Перед монтажем ложки вибирають змінний елемент, який найбільш підходить для реалізації заданих форми та розмірів ложки. Бокові фрагменти ложки та змінний елемент розташовують таким чином, що виступи змінного елемента розміщуються у вирізах фрагментів ложки, після чого в наскрізні отвори вставляють стержні, які забезпечують розташування основ фрагментів ложки і змінного елемента в одній площині. Таким чином, виступи в змінному елементі, вирізи в фрагментах ложки та стержні забезпечують фіксацію заданої форми ложки.

Експериментальні зразки виготовлені із поліметилметакрилатових пластин товщиною 5 мм, а стержні товщиною 3 мм із сталі. Форма виступів у змінному елементі та вирізів у фрагментах ложки аналогічна показаній у варіанті c.

**Висновки.** Розроблено конструкцію та виготовлено експериментальні зразки ложок для зняття стоматологічних відбитків зубних рядів верхньої щелепи. Використання змінних елементів значно розширяє набір розмірів та форм відбиткових ложок, що значно скорочує процес підготовки технологічного обладнання для ортопедичного

лікування, зменшує матеріалоемність наборів ложок та їх елементів а також забезпечує раціональне використання відбиткових матеріалів.

Подальші дослідження доцільно направити на вдосконалення технології виготовлення та монтажу ложок для зняття стоматологічних відбитків.

**Summary.** The construction was designed and the experimental samples were manufactured for taking dental impressions of dental rows of the upper jaw (maxilla). The use of variable elements significantly expands the set of sizes and shapes of impression trays, which significantly reduces the process of preparation for the orthopedic treatment and also reduces material consumption of tray.

### КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКОГО КАРИЕСУ З ВИКОРИСТАННЯМ ОЗОНОТЕРАПІЇ В ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ ЗУБІВ ПІД ОРТОПЕДИЧНІ КОНСТРУКЦІЇ

Локота М.Є., Шкварок Ю.С.

Науковий керівник: ас. Локота Ю.Є., к.мед.н., доц. Добровольська М.К.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород,  
Україна

### COMPLEX TREATMENT OF DEEP CARIES WITH THE APPLICATION OF OZONE THERAPY DURING THE PROCESS OF TEETH PREPARATION FOR ORTHOPEDIC CONSTRUCTIONS

M.Y. Lokota, Y.S. Shkvarok

Scientific leader: PhD. Y.Y. Lokota, PhD. Dobrovolska M.K.

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Для отримання позитивних віддалених результатів ортопедичного лікування вагоме значення мають методи підготовки опорних зубів під штучні коронки. Застосування методів і засобів в лікуванні опорних зубів уражених карієсом передбачених протоколами не завжди ефективно із за втрати чутливості патогенної мікрофлори до антимікробних засобів.

**Метою дослідження** стало вивчення клінічної ефективності озонотерапії для попередження переходу карієсу в його ускладненні форми (пульпіт, періодонтит). Включаючи обробку каріозних порожнин

газоподібним озonom, ми розраховували на його бактеріоцидну, фунгіцидну, протизапальну, і імуннокоригуючу дію тим більше що озон здатний проходити через шар препульпарного дентину товщиною до 2мм.

**Матеріали та методи дослідження.** На протязі двох років під нашим спостереження знаходились 32 пацієнти із глибоким гострим і хронічним карієсом зубів, серед них 18 чоловіків і 14 жінок у віці 19-32 років .у 28 зубах спостерігався хронічний глибокий карієс а у 16-гострий каріозний процес. Контрольним тестом ступеня мінералізації твердих тканин зубів служили показники діагностичного апарату DIAGNODENTpen2190 .

Лікування глибокого карієсу проводилось шляхом препарування каріозних порожнин під провідниковою анестезією убістезіном. Каріозні порожнини обробляли антимікробними засобами (розчином 0,05 хлоргексидину біглюконату та пероксиду водню).Після ізоляції зуба і висушування каріозної порожнини на зуб накладали насадку закріплену у наконечнику озonoапарату Haelozon фірми KAVO(німеччина).Концентрація озону складала 3,5-5 мг/л. обробка озonom тривала 80-120с в залежності від товщини препульпарного дентину після цього каріозна порожнина ставала стерильною про що свідчили мікробіологічні дослідження. Після цього на дно каріозної порожнини у проекцію рогів пульти точково наносили кальцій вмісту пасту «Life» та склоіономерну пломбу з «Кетак маляру» додатково хворим призначали при низькій мінералізації тканин зуба призначали в середину 2 капсули препарату «Кальцимін» у другій половині дня на протязі трьох тижнів.

Диспансерний нагляд здійснювали у найближчі терміни 10-15 днів віддалені через 6-12 місяців. При цьому звертали увагу на скарги хворих наявність симптомів пульпиту або періодонтиту якість пломб, показники DIAGNODENTpen2190 і дані візіографії . На опорні зуби виготовляли ортопедичні конструкції за показаннями.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Початкові скарги були на наявність дефектів зубних рядів твердих тканин зубів ,короткочасного причинного болю від холодного та твердої їжі .Об'єктивно виявлялася каріозна порожнина у межах припульпарного дентина з різним ступенем мінералізації дна і стінок. Показники DIAGNODENTpen2190 лежали у межах 13-15 візіографія не виявляла змін у периапікальних тканинах зубів. Через 15-30 днів ми виготовляли ортопедичні конструкції на ліковані зуби. У 97% пацієнтів скарги на мимовільний біль у лікованих зубах був відсутній, показники DIAGNODENTpen2190 дорівнювали 8-12.Візіографічне дослідження не

виявляло знім у периапікальних ділянках. Хворим були надані рекомендації щодо засобів і методів ротової порожжини. 97% пацієнтів отримали ортопедичне лікування, у 3% пацієнтів була проведена загальна і місцева ремінералізуюча терапія. Оброблення твердих тканин зуба озоном. Таким способом було ліквідовано ймовірність ускладнень глибокого карієсу.

**Висновки.** Методика комплексного гострого та хронічного карієсу із застосуванням озонотерапії та загально ремінералізуючого впливу кальцеміну має високу клінічну ефективність. Приведена методика може бути рекомендована для широкого практичного застосування. Показники апарату DIAGNODENTpen2190 можуть служити об'єктивним контролем станом мінералізації твердих тканин зуба.

**Summary.** A method of complex treatment of acute and chronic caries with the application of ozone therapy and general remineralizing influence by Calcemin shows high clinical effectiveness. The submitted technique can be recommended for wide practical application. Indicators of DIAGNODENTpen2190 device can serve as an objective control of the mineralization state of hard tissues of the tooth.

## ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ВІДБИТКОВОЇ РОЗБІРНОЇ ЛОЖКИ ДЛЯ ВЕРХНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ТА ЇЇ ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ

Локота Ю.Є.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород,  
Україна

## PECULIARITIES OF SECTIONAL IMPRESSION TRAY USE FOR UPPER JAW AND ITS FUNCTIONAL FEATURES

Y.Y. Lokota

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Однією з проблем сучасної ортопедичної стоматології є розроблення та вдосконалення конструкцій інструментів, механізмів, елементів оснащення, в тому числі тих, які застосовуються на початкових етапах лікування. До них відносяться також ложки для зняття стоматологічних відбитків як зубних рядів, так і окремих ділянок. Оскільки зубно-щелепний апарат кожної людини індивідуальний, успіх

лікування залежить також від вдалого вибору відбиткової ложки із наявних на робочому місці лікаря-стоматолога. В стоматологічній практиці останніх десятиліть все ширше застосування набувають стоматологічні відбиткові ложки із змінною геометрією. Вдосконалення стоматологічних відбиткових ложек є актуальним, оскільки забезпечує більш ефективне лікування, зменшення негативних відчуттів пацієнтів, прискорення та облегшення роботи лікаря-стоматолога.

**Мета дослідження.** Дане дослідження включає опрацювання науково-технічної та патентної інформації щодо видів та матеріалів стоматологічних ложек, їх конструкцій і на основі відомих технічних рішень та власних розробок вдосконалення конструкції ложки для зняття відбитків верхньої щелепи, що дасть змогу розширити їх функціональні можливості а також забезпечити більш раціональне використання відбиткового матеріалу.

**Матеріали та методи дослідження.** Ложки для стоматологічних відбитків розділяють на стандартні та індивідуальні. Стандартні ложки виготовляють в основному із металів, металічних сплавів та пластмас здебільшого на виробництвах і в значних кількостях і тому в багатьох випадках не досягається точної відповідності між ложкою та щелепою. Індивідуальні відбиткові ложки призначені для зняття остаточного відбитка у відповідності з анатомо-топографічними особливостями зубощелепної системи даного пацієнта.

Вимоги до матеріалу, з якого виготовляють стоматологічні ложки включають як нешкідливість при контакті з поверхнею ротової порожнини, так і технологічність виготовлення, доступність матеріалу і як результат, незначна собівартість ложек. Перевагу мають конструкції та матеріали, доступні для обробки в лабораторних умовах і які не вимагають прецизійних пристроїв для механічної обробки та високої кваліфікації виконавців. Основними матеріалами для виготовлення ложек для зняття стоматологічних відбитків є металічні сплави, пластичні маси та композиційні матеріали. В даній роботі для виготовлення експериментальних зразків використовували поліметилметакрилат.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В даній роботі використано попередній досвід вдосконалення конструкцій відбиткових ложек для верхньої щелепи, а саме, застосування змінних елементів, які розташовують між боковими фрагментами основи ложки. Подальшого вдосконалення потребує форма поверхні основи ложки для врахування форми піднебіння пацієнта. За основу для подальшого вдосконалення взята ложка для зняття стоматологічних відбитків, яка містить основу з бортами у вигляді дуг, ручку, прикріплену до основи, яка складається із

двох симетричних елементів, розташованих по обидва боки площини симетрії основи, змінні елементи у вигляді пластин з вигинами в передніх частинах, форма яких подібна формі бортів фрагментів ложки. Вирізи в торцях фрагментів ложки та виступи на бокових торцях змінних елементів а також форми змінних елементів та внутрішніх країв фрагментів забезпечують монтаж ложки заданих розмірів та форми. Підбором змінних елементів можливо регулювати як розміри порожнини ложки так і кут між боковими частинами бортів.

В даній роботі запропоновано в комплект ложки ввести додаткову групу змінних елементів, кожен з яких має плоску основу, а верхня частина має вигляд опуклості, форма якої подібна до форми поверхні піднебіння а також систему кріплення додаткових змінних елементів до пластинчатих змінних елементів, яке здійснюється за допомогою двох гвинтів із використанням отворів в пластинчатих змінних елементах та каналів у додаткових змінних елементах.

На фігурі показані фрагменти запропонованої ложки для отримання відбитків з верхньої щелепи із змінними елементами.

Ложка містить симетричні елементи 1 та 2, між якими розташований пластинчатий змінний елемент 3, та ручку 4, прикріплену до одного із фрагментів ложки. До пластинчатого змінного елемента 3 за допомогою гвинтів 5 прикріплений додатковий змінний елемент 6, нижня поверхня якого плоска, а верхня випукла і формою подібна до форми поверхні піднебіння. В комплект форми входить група пластинчатих змінних елементів різної ширини та група додаткових змінних елементів з різною висотою випуклостей.

Експериментальний зразок запропонованої ложки для отримання відбитків з верхньої щелепи із змінними елементами виготовлено із поліметилметакрилатової пластини. Висота випуклостей у додаткових змінних елементах становила від 5 до 15 мм. Гвинти з різьбою М 4 виготовлені із нержавіючої сталі, віддаль між гвинтами в робочому стані 20 мм. Запропонована конструкція забезпечує широкий набір розмірів та форм порожнини ложки при наявності наборів змінних елементів, виготовлення яких можна здійснити широко відомими та нескладними засобами.

**Висновки.** Вдосконалено конструкцію ложки для отримання відбитків з верхньої щелепи та виготовлено експериментальні зразки. Застосування додаткових змінних елементів, прикріплених до основи ложки, дає змогу більш точно відтворити форму поверхні піднебіння а також зменшує витрати відбиткового матеріалу.

Подальші дослідження доцільно здійснювати в напрямку вдосконалення конструкцій стоматологічних ложок для зняття відбитків нижніх щелеп, а також по уніфікації засобів та методів їх виготовлення.

**Summary.** The construction of the impression tray for upper jaw (maxilla) was improved and experimental samples were designed. The using of additional replaceable elements attached to the base of the tray allows more accurately impression of palate and residual ridge. Further investigations are advisable to be conducted towards the improving of constructions of dental trays for taking impression at lower jaws (mandibles), as well for the unification of means and methods of their manufacture.

### ОБГРУНТУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ ФІСУРНОГО КАРІЄСУ З УРАХУВАННЯМ ОДОНТОГЛІФІЧНОЇ БУДОВИ ЗУБІВ ТА МІНЕРАЛІЗУВАЛЬНОГО ПОТЕНЦІАЛУ СЛИНИ

Стецик М. О.

Науковий керівник: д. мед. наук, проф. Клітинська Оксана  
Василівна

Кафедра стоматології дитячого віку, стоматологічний факультету  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород,  
Україна

### RATIONALE FOR PREVENTION CARIES OF FISSURE CONSIDERING ODONTOHLIFIC STRUCTURE OF TEETH AND SALIVA MINERALIZATION POTENTIAL

M.O. Stetsyk

Scientific leader: PhD., prof. O.V. Klitynska  
Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Ураженість карієсом зубів у дітей носить регіональний характер і залежить від соціальних, екологічних та природних клімато-геохімічних чинників. До такого регіону відноситься Закарпатська область, що є ендемічною відносно рівню фтору та йоду. Тому подальша оцінка розвитку карієсу фісур, з'ясування чинників ризику на основі аналізу функціональних, біохімічних, морфологічних досліджень та обґрунтування комплексних диференційованих профілактичних і лікувальних заходів є актуальним питанням сьогодення.

**Мета дослідження.** Оцінка ураженості карієсом фісур зубів у дітей та обґрунтування диференційованого підходу до профілактики та лікування на підставі аналізу біохімічних та одонтогліфічних досліджень.

**Матеріали та методи дослідження.** Клінічні – для обстеження дітей з використанням індексної оцінки стану твердих тканин зубів та гігієни порожнини рота; функціональні – для визначення резистентності емалі; біохімічні – для оцінки мінерального гомеостазу ротової рідини; одонтогліфічні – для вивчення малюнку жувальної поверхні молярів та топографії карієсу.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Висока частота виникнення фісурного карієсу обумовлена, не тільки, особливостями адаптаційних механізмів організму дитини, але й особливостями процесів кислотоутворення, мінералізації та демінералізації в порожнині рота, наявністю великої кількості ретенційних пунктів, якими і є фісури.

Найбільш часто зустрічається карієс фісур у перших постійних молярах, що пов'язано з особливостями анатомічної форми фісур, а також зі складністю їх малюнка.

Форма і розміри фісур залежать від умов закладки, формування зачатків зубів, більш тривалого періоду їх дозрівання на відміну від гладких поверхонь зубів, ступеню мінералізації зубів, ретенції харчових залишків. Слід зазначити, що у виникненні фісурного карієсу та його клінічному перебігу має значення не тільки топографічний малюнок, а й кількість ямок, місця злиття міжгорбкових фісур, злиття міжгорбкових борозен, оскільки вони є найсприятливішими до карієсу ділянками. Найбільш часто карієс виникає в молярах з типом візерунку «Y5», а моляри з типом «+4» залишаються інтактними. Тому вивчення одонтогліфічного малюнку постійних молярів дає можливість встановити взаємозалежність одонтогліфіки з гістотопографією карієсу.

Після прорізування в твердих тканинах сформованого зуба постійно відбуваються динамічні зміни, обумовлені процесами де- і ремінералізації.

Ротова рідина має буферні властивості за рахунок наявності в ній бікарбонатної та фосфатної буферної системи. Електроліти слини відіграють першочергову роль в процесах ремінералізації. Перенасиченість слини гідроксиапатитом є причиною олужнення ротової рідини.

Якщо у період незавершеної мінералізації порушується гомеостаз ротової рідини під впливом ендо- чи екзогенних чинників, виникає демінералізація емалі і відмічається найбільша ураженість зубів карієсом,

оскільки ротова рідина є комплексною біохімічною рідиною, що забезпечує мінералізацію тканин зуба після їх прорізування.

**Висновки.** Стан твердих тканин зуба залежить від її складу і властивостей, особливо мінералізувального потенціалу, який забезпечує «дозрівання» емалі після прорізування. Ротова рідина впливає на надходження та проникливість емалі практично для всіх речовин, які можуть надходити до порожнини рота з їжею і водою, а це залежить від вмісту в ній кальцію в період «дозрівання» постійних зубів. Доведено, що мінералізація фісур молярів продовжується більш тривалий час, ніж пришийкової і апроксимальної ділянки зуба, тому застосування карієспрофілактичних препаратів загальної і місцевої дії високоефективне в період перших 2 років після прорізування, тоді як застосування цих препаратів у більш віддалений термін не дає бажаних результатів.

**Summary.** The high incidence of caries of fissures is caused not only by the features of adaptive mechanisms of the child, but especially by the influences of acid, mineralization and demineralization of the mouth, and a large number of retention points, which are presented at the fissure, so the use of caries prophylaxis means provision of general and local action during the first 2 years after the eruption, while the use of these measures in late terms does not provide the desired results.

## КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ОРТОПЕДИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ ЗУБНОГО РЯДУ В ЕСТЕТИЧНІЙ ОБЛАСТІ

Бокоч А.В., Мурга І.Я.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## COMPREHENSIVE APPROACH FOR PROSTHETIC TREATMENT AND REHABILITATION OF DENTAL PATIENTS WITH DENTITION DEFECT IN THE AESTHETIC AREA

A.V. Bokoch; I. Y. Murha

Scientific leader: PhD, prof. Y.Y. Kostenko

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Втрата зубів у фронтальній області провокує виникнення не тільки оклюзійних порушень зубо-щелепоого апарату, а й виступає причиною комплексу подальших анатомічних та функціональних ускладнень, що відрізняються в залежності від етіології вторинної адентії та часу існування дефекту зубного ряду. На основі клінічних та гнатодинамометричних показників також було обґрунтовано позитивний вплив застосування різного роду конструкцій адгезивних протезів над незнімними мостоподібними конструкціями через 6 і 12 місяців після протезування, при цьому переважна кількість заміщених дефектів знаходилась в області жувальних зубів, а доцільність вибору методу ятрогенного втручання була обґрунтована оригінальним алгоритмом обстеження хворих при наявності малих дефектів зубних рядів, що включав оцінку уже наявних вторинних деформацій та стан артикуляційної системи і суглобу.

**Мета дослідження.** Провести аналіз клінічних етапів лікування та реабілітація стоматологічного хворого з наявним дефектом зубного ряду в естетичній зоні шляхом використання суцільнокерамічних ортопедичних конструкцій з опорою на дентальні імплантати.

**Матеріали та методи дослідження.** В ході вибору адекватного методу лікування були використані загальноприйняті алгоритми клінічного огляду стоматологічних хворих, а також методи цифрової ортопантомографії та комп'ютерної томографії для об'єктивізації змін стоматологічного статусу та оцінки стану кісткової тканини щелеп і визначення можливостей проведення дентальної імплантації за пока зами з попереднім узгодженням плану лікування з пацієнтом. В якості методу твердотканинної аугментації був обраний алгоритм втручання з використанням кісткового трансплантату Cerabone (Botiss) та резорбуючої мембрани для профілактики інтерпозиції епітеліальних структур на межі контакту ксенотрансплантант/кістка-реципієнт. Після проведення імплантації подальша ортопедична реабілітація проводилась з використанням пресованих одиночних коронок (IPS E-max ) та двох мостоподібних цирконієвих протезів облицьованих керамікою Creation.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Можливість одночасного забезпечення прийомів відновлення об'єму кісткової тканини з встановленням внутрішньокісткових дентальних імплантатів значно скорочує терміни лікування, та системно вирішує проблему дефіциту кісткової тканини та часткової чи повної адентії. Збереження зубів придатних для ортопедичної опори, як перманентних елементів оклюзійної взаємодії, в сукупності з супраструктурами імплантатів обґрунтоване як біологічною доцільністю так і фізико-механічними

критеріями функціонування майбутньої ортопедичної конструкції. Використання відповідного протоколу стоматологічної реабілітації пацієнта з дефектом зубного ряду у естетичній зоні обґрунтовано попереднім клінічним досвідом авторів статті та відповідними даними попередньо проведених та систематизованих досліджень, що забезпечує прогнозованість та ефективність обраного алгоритму ятрогенного втручання.

**Висновки.** Дотримання принципів адекватного препарування, врахування розподілу сил артикуляційної взаємодії, позиціонування та підготовка супраструктур імплантатів у відповідності до артикуляційних норм, а також особливостей виготовлення ортопедичних конструкцій з опорою на імплантати дозволило забезпечити повну функціональну та естетичну реабілітацію пацієнта з наявним дефектом зубного ряду в естетичній області.

**Conclusions.** Provision of adequate preparation, taking into account the distribution of forces during articulation interaction, positioning and preparation of implant superstructures in accordance with the rules of articulation and features of manufacturing prosthetic structures with the implants support allowing provision of full functional and aesthetic rehabilitation of patients with existing dentition defect in the aesthetic field.

## ОЦІНКА КЛІНІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ У ЛІКУВАННІ ПЕРІОСТИТУ.

Гелей В.М., Гелей Н.І.

Науковий керівник: к.мед.н. доц.. Добровольська М.К., Брехлічук П.П.  
Кафедра терапевтичної стоматології, кафедра хірургічної стоматології,  
щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна.

## EVALUATION OF CLINICAL EFFICIENCY OF ANTIHOMOTOXIC MEDICATIONS DURING THE TREATMENT OF PERIOSTITIS.

V.M. Heley, N.I. Heley

Scientific leader: PhD., assoc. prof. M.K. Dobrovolska, PhD., assoc. prof. P.P.  
Brekhlichuk,

Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and  
Oncostomatology, Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** В амбулаторній практиці стоматолога - хірурга одонтогенні періостити щелеп складають досить суттєвий відсоток. Найчастіше вони виникають у пацієнтів із зниженим рівнем загального і місцевого імунітету після перенесених захворювань бактеріальної або вірусної етіології на фоні несанованої ротової порожнини, ураженої множинним карієсом і незадовільного гігієнічного стану.

Клінічна ситуація ще більше ускладнюється при наявності обширних зон ураження на одній або одночасно на двох щелепах. В такому випадку одночасне видалення декількох зубів або коренів призводить до обширних кісткових дефектів, проблематичних для подальшого ортопедичного відновлення зубного ряду.

В зв'язку з цим перед амбулаторним хірургом повстає ряд проблем, вирішення яких полягає у забезпеченні повноцінного перебігу запальної реакції і відновленні функціональної цілісності зубного ряду.

**Мета дослідження.** Нашою метою стало дослідження клінічної ефективності хірургічного лікування гострих одонтогенних періоститів щелеп з додатковим призначенням антигомотоксичних препаратів (АГТП) у післяопераційному періоді та відстроченого оперативного втручання із застосуванням препаратів направленої кісткової регенерації.

**Матеріали та методи дослідження.** Під нашим спостереженням знаходилось 57 пацієнтів віком від 18 до 50 років. Серед них було 25 осіб жіночої і 32 особи чоловічої статі. 47 з них хворіло на гострий гнійний одонтогенний періостит щелеп із множинними ураженнями зубів, ускладненими формами карієсу, у 10 він був серозний.

У всіх пацієнтів відмічалось погіршення загального стану, підвищення температури тіла до 38,5°C, асиметрія обличчя за рахунок набряку відповідної ділянки обличчя, болучість регіональних лімфовузлів під час пальпації.

Оперативне втручання проводилось за двох етапною схемою.

1-й етап полягав у видаленні причинних зубів, обробці рани аплікатором, зволженим розчином колоїдного срібла. Одночасно проводили періостотомію з дренажуванням рани. Дренаж видаляли на 2-й день.

АГТП траумель привернув нашу увагу своєю здатністю активізувати процеси місцевого і загального імунітету, стимулювати очищення і загоєння рани, зменшувати набряк, знеболювати і мінімізувати ризик ускладнень у післяопераційному періоді. У перший день після видалення зубів ми призначали траумель С №50 за ініціуючою схемою – по 1 т. під язик до повного розсмоктування кожні 15 хв. на протязі 2 годин, а в подальшому – по 1т- 4 рази на день, через 30 хвилин

після їжі. Призначення на фоні дренажного засобу лімфоміозоту по 10 крапель за 30 хв. до їжі на протязі місяця.

Ехінацею композитум вводили п/ш по 2,2 мл 2р. на тиждень. При цьому ми розраховували на специфічну дію нозодів, що входять до її складу. Серед них стрептококовий, стафілококовий, піогенний і грипозний нозод .

Другий етап операції з використанням коллапану з лінкоміцином проводили після зникнення гострих запальних явищ на 15-й день. Він полягав у проведенні розрізу м'яких тканин по гребеню альвеолярного відростку, відведенні слизово-окістного клаптя, формування кісткового ложа, засипання кісткового замітника і закриття дефекту клаптем з послідовним накладанням швів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Описана методика оперативного лікування одонтогенних періоститів з застосуванням АГТП протизапальної та імуномодулюючої дії давала можливість вже на другий день покращити запальний стан хворих, зменшити набряк і біль в місцевих м'яких тканинах, припинити виділення з рани, зменшити болючість лімфовузлів. На третій день відновлювалась функція щелеп.

Другий етап оперативного втручання сприяв прискореному протезуванню дефекту зубного ряду вже на 15-й день після дати повторного оперативного втручання.

#### **Висновки:**

1. Призначення АГТП дренажної, протизапальної і імуномодельюючої дії (лімфоміозоту, траумелю С і ехінацеї композитум) сприяє нормалізації загального і місцевого статусу, прискореному переходу запалення у репаративну фазу, зменшенню терміну непрацездатності хворого.
2. Двохетапне хірургічне втручання з застосуванням препарату направленої кісткової регенерації дозволяє вже на 15-й день після повторного оперативного втручання відновити дефект зубного ряду ортопедичними методами.
3. Отримані результати дають можливість рекомендувати методику комплексного лікування одонтогенних періоститів в широку амбулаторну хірургічну практику.

**Summary.** The study examined the complex effect of medical and surgical treatment of odontogenic periostitis. Combined use of traumel C and limfomiozot, makes it easier to eliminate the inflammation, and reduce treatment time. The method shows efficient during the immediate and long-term follow-up.

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.

Гелей Н.І., Гелей В.М.

Науковий керівник: д.мед.н., проф.Костенко Є.Я., к.мед.н. доц. Брехлічук П.П., Добровольська М.К.

Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології, кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## COMPLEX TREATMENT OF PERIODONTAL ABSCESSSES USING ANTIOMOTOXIC MEDICATIONS

N.I. Heley, V.M. Heley

Scientific leader: prof.Y.Y. Kostenko, P.P. Brekhlichuk, M.K. Dobrovolska

Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and Oncostomatology, Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhgorod, Ukraine.

**Актуальність теми.** Серед пародонтологічних хворих все частіше зустрічаються особи зі скаргами на перманентне утворення пародонтальних абсцесів, погіршення загального стану, відчуття слабкості і втоми, неефективність курсів антибіотикотерапії.

**Мета дослідження.** Метою нашого дослідження стала розробка і клінічна апробація медикаментозного комплексу, дія якого була би направлена на купірування абсцедуючої форми генералізованого пародонтиту.

**Матеріали та методи дослідження.** Під нашим спостереженням знаходилось 38 хворих на абсцедуючу форму генералізованого пародонтиту

I-II -го ступеню. Серед них було 20 жінок і 18 чоловіків віком 25-45 років. Тривалість захворювання у них складала 3-5 років.

В процесі обстеження хворих застосовувались клінічні і спеціальні методи: визначення ступеню кровоточивості ясен і рухомості зубів, проба Шиллера – Писарева, пародонтальний індекс Рассела (1956р.), комунальний індекс потреби в лікуванні СРІ.

Рівень гігієни ротової порожнини визначали за індексом Грін – Вермілліона. Стан кісткових структур альвеолярних відростків оцінювали за даними ортопантомограми. Вміст зубоясенних клінічних кишень підлягав бактеріологічному обстеженню і визначенню чутливості

патогенної мікрофлори до антимікробних засобів. Хворі були поділені на дві групи: контрольну (16 пацієнтів) і основну (22 пацієнта).

В контрольній групі в якості загального лікування призначались антибіотики згідно чутливості мікрофлори, визначеної бактеріологічно. Найчастіше це були цефалоспорини, макроліди. А ось до лінкоміцину, який тривалий час застосовувався в пародонтології, чутливість мікрофлори практично була втрачена.

Виходячи із принципів гомотоксикології, яка розглядає запалення як спробу організму звільнитись від гомотоксинів, що накопичились в зоні абсцесів матриксу і лімфовузлів, ми призначили основній групі лімфоміозот по 10 крапель за 30 хв. до їди. В якості протизапального засобу – траумель, по 1 таб. х 4 рази на день; імуномодулятор ехінацею композітум – по 2,2 мл підшкірно 1 раз на тиждень в кількості 3-5 ін'єкцій. Окрім того ми розраховували на нозоди, що входять до складу препарату: стафілококовий, стрептококовий, грипозний, піогенний. В якості загальнозміцнюючих препаратів використовували аскорутин та кальцемін.

Місцева терапія була ідентичною в обох групах хворих і включала: полоскання гівалексом, аплікації гелю метрагіл – дента, розсмоктування таблеток “Лісобакт”.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Найближчі результати лікування значною мірою різнилися між собою.

В контрольній групі після завершення курсу антибіотикотерапії лише 37,2% хворих констатували зникнення симптомів запалення ясен. У іншій частини хворих через певний період часу, інколи вже через 4-5 днів, загальний стан погіршувався, а місцево знову виникали пародонтальні абсцеси. Інколи доводилось по чергово призначати 2 антибіотики для отримання позитивного ефекту лікування.

Через 10-15 днів переважна більшість пацієнтів основної групи (74,2%) відмічала покращення загального і місцевого статусу, підтвердженою низкою проб та індексів.

У віддалені терміни спостереження через 6 місяців відсоток пацієнтів основної групи зі стабілізацією патологічного стану в тканинах пародонту склав 84,2%. В контрольній ж групі – 52,7%.

Через 12 місяців на ортопантомограмах пацієнтів основної групи спостерігалось ущільнення компактних пластинок, зменшення ділянок остеопорузу, структурне відновлення губчастої кістки альвеолярних відростків. В контрольній групі хворих подібні позитивні зміни виявились лише у 34,1% пацієнтів.

**Висновки.** Отримані результати лікування хворих з пародонтальними хроніосептичними вогнищами інфекції із застосуванням алопатичного антибактеріального та ензимного препарату в комплексі із антигомтоксичними засобами дренажної, протизапальної та імуномодуючої дії є ефективним у найближчі та віддалені терміни спостереження і може бути рекомендований у широку стоматологічну практику.

**Summary.** The paper describes the results of complex treatment of patients with parodontal abscesses. Scheme of antihomotoxic treatment using medication provides efficiency and reduces the time of treatment.

### ВИВЧЕННЯ МІНЕРАЛЬНОЇ ЩІЛЬНОСТІ КІСТКОВОЇ ТКАНИНИ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У СТУДЕНТІВ З ОРТОДОНТИЧНИМ ЛІКУВАННЯМ

Горзов С. С., Горзов В. В., Лінтур К. М., Катона Т. М., Снитюк Ю. В.

Науковий керівник: канд. мед. н., Мельник В.С.

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет,  
Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

### THE RESEARCH OF THE BONE MINERAL DENSITY AMONG THE STUDENTS RECEIVING ORTHODONTIC TREATMENT

S.S. Horzov, V.V. Horzov, K.M. Lintur, T.M. Katona, I.V. Snytiuk

Scientific leader: PhD. V. S. Melnyk

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Ортодонтичне лікування дорослих пацієнтів пов'язане з певними труднощами, які обумовлені зниженням реактивності організму, наявністю запальних і деструктивних захворювань в пародонті, передчасною втратою окремих зубів, зменшенням пластичності кісткової тканин щелеп. У той же час, ортодонтичні заходи є невід'ємною частиною комплексного лікування захворювань пародонту. Усунення скупченості зубів, нормалізація оклюзійних взаємин, вирівнювання кривої Шпее створюють умови для підвищення компенсаторних можливостей пародонта, нормалізує кровообіг, збільшує тривалість періоду ремісії.

**Мета дослідження.** Вивчення мінеральної щільності кісткової тканини щелеп методом денситометрії у студентів, що знаходяться на ортодонтичному лікуванні.

**Матеріали і методи дослідження.** Нами досліджена мінеральна щільність кістки нижньої щелепи 46 студентів стоматологічного факультету УжНУ з постійним прикусом, які звернулися за ортодонтичною допомогою. Всім студентам виготовлялися ортопантомографічні знімки апаратом «OrthophosPlus DS» (SironaDentalSystems). Для денситометричного аналізу використовувалася комп'ютерна програма SIDEX1S. Були виділені 2 групи студентів. Середній вік обстежуваних склав 20 років. В 1 групу увійшли 39 пацієнтів зі здоровим пародонтом. У 2 групу - 7 пацієнтів з ознаками запальних захворювань тканин пародонта (гінгівіти, пародонтити легкого ступеня важкості). В ділянці фронтальних зубів, як правило, симптоматика цих захворювань була яскравіше виражена, що, можливо, пов'язано з локалізацією ортодонтичної патології саме в цій ділянці (скупченість зубів, травматична оклюзія і дизоклюзія). Виходячи з цього, вимір мінеральної щільності проводили в області фронтальної групи нижніх зубів на рівні середньої третини кореня.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Показники щільності кісткової тканини щодо стандартного металевого зразка, щільність якого прийнята за 100%. Отримані дані представлені в таблиці I.

Параметр	1 група	2 група	P
Дефіцит місця в зубній дузі, мм	3,82±0,63	3,5±0,61	<0,05
Щільність кісткової тканини в ділянці фронтальних зубів,%	43,8±1,6	37,93±1,71	<0,05

Дані, представлені в таблиці 1 показують, що мінеральна щільність кісткової тканини в області фронтальних зубів на нижній щелепі достовірно нижче у пацієнтів з ознаками захворювань пародонту, ніж у пацієнтів зі здоровим пародонтом. При цьому величина дефіциту місця у фронтальній ділянці у пацієнтів в обох групах достовірно не відрізнялася.

**Висновки.** Зниження щільності кісткової тканини у фронтальному відділі нижньої щелепи обумовлено наявністю запальних і деструктивних процесів в пародонті. Метод денситометрії може бути рекомендований для дослідження мінеральної щільності кістки у пацієнтів на етапах

ортодонтичного лікування. Це важливо для об'єктивної оцінки стану тканин пародонта і планування лікувальних заходів (терапевтичних та хірургічних), а також вироблення тактики ведення ретенційного періоду.

**Summary.** A decrease in the density of the bones in the anterior area of the mandibular bone is caused by the presence of phlogotic and destructive pathology in the parodontium. The densitometry approach may be recommended for the examination of the patient's bone mineral density during the orthodontic treatment. This is important for the objective estimation of the conditions of parodontium tissue and planning of curative services (both therapeutic and interventional) as well as working-out management of the retentive period.

ВПЛИВ НОВОГО ЗАСОБУ ДЛЯ ДОГЛЯДУ ЗА РОТОВОЮ  
ПОРОЖНИНОЮ НА ПРОЦЕСИ ЗАПАЛЕННЯ І РЕГЕНЕРАЦІЇ В  
УМОВАХ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО СТОМАТИТУ

Проф. Романова Ю.Г., к.мед.н., асист. Строченко Є.О.,

к.біол.н., асист. Кравченко Л.С., к.мед.н., доц.Івченко Н.А.

Стоматологічний факультет, кафедра терапевтичної стоматології  
Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

THE INFLUENCE OF A NEW MOUTH CAVITY CARE PRODUCT ON  
THE PROCESS OF INFLAMMATION AND REGENERATION IN THE  
CONDITIONS OF EXPERIMENTAL STOMATITIS

Prof. J. G.Romanova, PhD. E.O. Strochenko, PhD. L.S. Kravchenko, PhD.,  
assoc. prof. N. Ivchenko N.

Faculty of Dentistry, Department of Therapeutic Dentistry  
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

**Актуальність теми.** Широка розповсюдженість, несприятливий вплив вогнищ слизової оболонки на організм визначає як медичну так і соціальну значимість цієї проблеми, актуальність якої з часом не тільки не зменшується, але під дією соціальних і економічних факторів суттєво зростає. На сучасному етапі важливе значення має розробка нових ефективних засобів для лікування та профілактики захворювань слизової оболонки порожнини рота (СОПР).

**Мета дослідження.** вивчення впливу новоствореного лікувального гелю на рівень біохімічних маркерів запалення та репараційні процеси в СОПР щурів в умовах модельованого стоматиту.

**Матеріали та методи дослідження.** Експеримент проведено на 33 щурах лінії Вістар віком 3 місяці (середня маса  $230 \pm 51$  г). Усі тварини були розподілені на 3 групи. До першої групи віднесені інтактні тварини. У щурів II групи моделювали травматичний стоматит нанесенням на слизову оболонку правої щоки під наркозом (каліпсол в дозі 20 мг/кг усерединочеревно) дозованої травми за допомогою очного трепану діаметром 3 мм. Тваринам III групи після моделювання травматичного стоматиту, починаючи з другого дня, на місце уражень накладали ватний тампон з лікувальним гелем тривалістю 3 хвилин впродовж 10 днів. Тваринам II групи травматичні виразки в тому ж режимі обробляли фізіологічним розчином. В процесі досліджень визначалася дія новоствореного лікувального гелю, до складу якого входить прополіс, віск із забрусу, амарантова олія, лізоцим та інші біологічно активні речовини (патент України 94885), на стан СОПР щурів в умовах травматичного стоматиту.

В кінці експерименту (14-й день) щурів виводили з досліду під тіопенталовим наркозом і в гомогенатах слизової оболонки визначали рівень біохімічних маркерів запалення: концентрацію малонового діальдегіду (МДА) тіобарбітуровим методом, активність кислотної фосфатази (КФ) за методом Bessay et al, в модифікації А.П. Левицького та загальну протеолітичну активність (ЗПА). Стан фізіологічної антиоксидантної системи (ФАС) оцінювали за активністю каталази (К) та супероксиддисмутази (СОД).

Процес загоювання визначали за клінічними ознаками запалення (наявність набряку, гнійного вмісту, кровоточивості), відторгнення некротичних мас, формування молодої грануляційної тканини, зменшення площини раневої поверхні за рахунок епітелізації тканини.

Результати експеримента обробляли статистично з використанням критеріїв вірогідності розходжень за Стьюдентом.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Відтворення травматичного стоматиту у щурів приводило до змін біохімічних показників у СОПР. В слизовій оболонці щоки у тварин з травматичним стоматитом маркери запалення (МДА і ЗПА) збільшуються, що свідчить про запальний процес в цій тканині, але при лікуванні новим гелем ці показники визначалися в межах інтактних значень. Активність кислотної фосфатази у щурів з травматичним стоматитом підвищувалася в середньому в 3 рази, при лікуванні виявлялося не значне її підвищення. Одночасно знижувалася активність захисних ферментів ФАС. При локальному застосуванні на тканини ротової порожнини новий гель

сприяв зниженню запальних явищ в слизовій оболонці щоки щурів та нормалізації антиоксидантних ферментів.

Результати досліджень свідчать про те, що новий засіб для догляду за порожниною рота виявляє стимулюючу дію на процеси регенерації травматичної рани слизової оболонки щоки. На 9 добу після нанесення травматичних виразок та при застосуванні гелю рани загоїлися у всіх тварин. У той же час у щурів зі стоматитом, яким проводили аплікації фізіологічним розчином, у цей строк загоїлося лише 28% виразок. У групі нелікованих щурів повне загоювання відмічалось на 18-й день.

Динаміка загоювання травматичних виразок показує, що при застосуванні новоствореного апігелю на ранніх стадіях загоювання, відбувається швидше регенерація СОПР, що пов'язано із пригніченням перекісного окислення ліпідів.

#### **Висновки:**

1. При локальній дії на тканини ротової порожнини при травматичному стоматиті у щурів новий засіб для догляду за порожниною рота знижує запальні явища в слизовій оболонці щоки та нормалізує активність антиоксидантних ферментів.

2. В умовах травматичного стоматиту новостворений гель локально оказує захисну дію на перебіг раневого процесу і сприяє ранозагоюванню СОПР.

3. Отримані результати вказують на перспективність застосування нового апігелю для лікування ерозивно-виразкових елементів ураження СОПР.

**Summary.** The new mouth cavity care product locally effects the tissues of mouth cavity in rats with traumatic stomatitis and decreases inflammation processes at the cheek mucosa, and normalizes the activity of antioxidant enzymes. In conditions of traumatic stomatitis the new gel locally protects the wound and helps mucosa to heal. The received results prove the prospects of application of the new apigel for treatment of ulcerative elements of mucosa during the mouth cavity injury.

## ПОШИРЕНІСТЬ ГАЛІТОЗУ СЕРЕД УЧНІВ ШКОЛИ

Дерев'янка О.Р.

Науковий керівник: д. мед. н., професор Мельничук Г.М.  
Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет

## HALITOSIS PREVALENCE AMONG SCHOOL STUDENTS

O.R. Derevianko

Scientific leader: prof. G. M. Melnychuk

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Актуальність теми.** Галітоз є стійким і неприємним запахом із рота, який неможливо прибрати за допомогою традиційних засобів гігієни. Неприємний запах із рота - це психологічна і соціальна проблема, така патологія негативно відбивається на соціальному житті. У 85% випадків галітоз зумовлений недостатньою гігієною ротової порожнини, пародонтитом, карієсом та нальотом на язичку. Інші причини – наявність соматичних захворювань (хвороби ЛОР-органів, ШКТ, ендокринні захворювання) та особливості харчування і шкідливі звички (паління). У цьому випадку не допомагають ні жуйки, ні м'ятні льодяники, ні спреї для рота.

**Мета дослідження.** дослідити поширеність галітозу в учнів молодших і старших класів, деякі причини його виникнення та обізнаність старшокласників із цією проблемою.

**Матеріали та методи дослідження.** Проанкетовано 20 десятикласників та обстежено на наявність галітозу і захворювань органів ротової порожнини по 20 учнів 4 і 10 класів із використанням вимірювача свіжості подиху компанії «Air-lift».

**Результати дослідження та їх обговорення.** Анонімне анкетування учнів 15-16 років дозволило встановити, що індивідуальна гігієна ротової порожнини у 100% учнів включає чищення зубів (найчастіше – двічі на день), 65% із них щоденно чистять язик (що викликає у нас сумнів), 35% респондентів користуються зубними ополіскувачами, 40% – зубними нитками, а 55% – жувальними гумками. 30% вказали на наявність захворювань ШКТ. Серед 20 проанкетованих – 65% відвідують стоматолога двічі на рік.

50% опитаних не турбує неприємний запах із ротової порожнини, хоча за допомогою апарату для вимірювання галітозу ми виявили його в 55% обстежених. Різниця в 5% зумовлена тим, що через адаптацію ольфакторних рецепторів до запаху власного дихання, людина не завжди розпізнає його. Зокрема, у 45% запах був слабким, а у 10% – помірної

різкості. Серед 20 обстежених 10-річних дітей тільки в однієї дитини відмічався слабкий рівень запаху.

Знаючи про проблему неприємного запаху з рота, обстежені старшокласники намагаються вирішити це питання самостійно, використовуючи освіжаючі ополіскувачі, спреї, жувальні гумки тощо.

### **Висновки:**

1. Галітоз – поширений патологічний стан, виникнення якого зростає з віком: у 15-річних він склав 55%, у 10-річних – 5%.

2. Основною причиною галітозу є наявність каріозних уражень зубів (у 55% обстежених).

3. Поєднання каріозних уражень із хворобами пародонта (10%) чітко корелює з виявленням нами запаху помірної різкості (10%).

4. Використання старшокласниками освіжаючих ополіскувачів, спреїв, жувальних гумок не вирішують проблеми галітозу.

**Summary.** We examined the presence of halitosis among children and adolescents with the aim to study its prevalence. In 45% of tenth grade school students the odor was weak, and among 10% had moderate level. Among 10-year-olds only in one child the low level of odor was marked. The main reason of halitosis is the presence of carious lesions of teeth (among 55% of surveyed students). The combination of carious lesions with disease of periodontium (10%) clearly correlated with odor detection of moderate field (10%). Use of refreshing rinses, sprays and chewing gums by students do not solve the problem of halitosis.

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ПРОГНОЗУВАННЯ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ МОЛЯРНО-РІЗЦЕВОЇ ГІПОМІНЕРАЛІЗАЦІЇ У ДІТЕЙ

Олійник Т.І.

Науковий керівник: к.мед.н.. І.А.Кріль

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,  
Івано-Франківськ, Україна

## FEATURES OF DIAGNOSTICS AND RISK PROGNOSIS OF MOLAR-INCISOR HYPOMINERALIZATION AMONG CHILDREN

T. I. Oliinyk

Scientific leader: Ph.D. I.A. Kril

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry

**Актуальність теми.** Зростання рівня захворюваності на молярно-різцеву гіпомінералізацію (МРГ) зумовлює необхідність розробки алгоритму діагностики та прогнозування ризику розвитку даної патології у дітей.

**Мета дослідження.** Вивчення особливостей перебігу МРГ та винайдення власного способу прогнозування ризику розвитку некаріозних уражень зубів у дітей.

**Матеріали та методи дослідження.** Протягом 2015-2016 рр. було опрацьовано значну кількість публікацій у іноземних наукових виданнях, на основі яких було виділено найбільш вагомі чинники ризику та варіанти клінічного перебігу МРГ. Нами також було обстежено 50 дітей у віці від 6 до 18 років і здійснено порівняння отриманих результатів із даними закордонних джерел, а також винайдено власну методіку оцінювання можливостей виникнення некаріозних уражень зубів у дітей.

**Результати дослідження та їх обговорення.** МРГ легкого і середнього ступеня тяжкості діагностувалася у 14,5% хворих, важкий ступінь захворювання серед обстежених дітей не було виявлено. Клінічно спостерігалися: дефекти та/або зміна забарвлення емалі перших постійних молярів, а також різців, що розташовані асиметрично у ділянці горбиків або різального краю; деструкція емалі після прорізування зуба; гіперестезія; розвиток каріозного процесу в ділянці дефекту.

З метою своєчасного виявлення дітей, у котрих дана патологія може сформуватись, нами було розроблено NEMPN-Index на основі анкетування батьків дитини. Вказаний метод може бути застосований для прогнозування ризику виникнення некаріозних уражень як тимчасових, так і постійних зубів у дітей. Існує 5 критеріїв оцінювання:

- heredity (англ. «спадковість») - наявність у анамнезі хоча б одного з батьків некаріозних уражень зубів (за умови, що останні були правильно діагностовані) ; оцінюється в 1 бал.
- environment (англ. «навколишнє середовище») – проживання на екологічно забрудненій території; оцінюється в 1 бал.
- medicines and diseases (англ. «медикаменти і захворювання») – використання антибіотиків і/ або інфекційні захворювання дитини протягом перших років життя; оцінюється в 2 бали.
- pregnancy (англ. «вагітність») – наявність у матері під час виношування дитини патологічних станів, що зумовлюють

гіпоксію плоду (особливо в перший та останній триместр вагітності); оцінюється в 3 бали.

- nutrition (англ. «харчування») – надмірне надходження в організм сполук фтору з питною водою або продуктами харчування; оцінюється в 5 балів.

Інтерпретація результатів:

0-2 бали – низька ймовірність виникнення некаріозних уражень; рекомендується проходити профілактичні огляди 1 раз на 6 міс.

3-4 бали – середня ймовірність виникнення некаріозних уражень; рекомендується проходити профілактичні огляди 1 раз на 4 міс.

5 і вище балів – висока ймовірність виникнення некаріозних уражень; рекомендується проходити профілактичні огляди 1 раз на 3 міс.

**Висновки.** Стрімке зростання поширеності некаріозних уражень зубів у світі визначає необхідність своєчасної діагностики цієї патології та прогнозування ризику її виникнення. Використання HEMPNI-Index в практиці лікаря-стоматолога педіатра дозволить швидше виявляти і вчасно санувати дітей, запобігаючи розвитку ускладнень та ранній втраті зубів.

**Summary.** Diagnosis and treatment of molar-incisor hypomineralization (MIH) is an urgent problem due to the significant prevalence of MIH. We have examined 50 children aged 6-18 with MIH and compared obtained results with foreign sources of data. MIH was clinically characterized by the following features: the presence of enamel's defects on the first permanent molars or incisors such as white or yellow-brown opacities at incisal edge or cusps areas, destruction of enamel after eruption of tooth, hypersensitivity, the development of caries process site of the defect.

We have devised own method of non-cariou lesions diagnostic. It includes a special questionnaire for determining the HEMPNI-Index which helps to assess the risk of non-cariou lesions development and make a prognosis. There are five evaluation criteria: "heredity" – 1 point; "environment" – 1 point; "medicines and diseases" – 2 points; "pregnancy" – 3 points; "nutrition" – 5 points. Risk of non-cariou lesions evaluated depending on the results: 0-2 points – low; 3-4 points – medium; 5 or more – high. Use of HEMPNI-Index in daily practice enables in a timely manner to detect children with non-cariou lesions.

ТЕМПЕРАТУРНІ ЕФЕКТИ У ПУЛЬПОВІЙ КАМЕРІ ПРИ  
ВИГОТОВЛЕННІ ТИМЧАСОВИХ КОРОНОК З САМОТВЕРДІЮЧИХ  
ПЛАСТМАС І КОМПОЗИТИВ

Пецюх І., Ільченко М.

Науковий керівник: доц. Дидик Н.М.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
Львів, Україна

INTRAPULPAL THERMAL EFFECTS DURING INTERIM CROWN  
FABRICATION USING SELF-CURING RESINS

I. Petsiukh, M. Ilchenko

Scientific leader: assoc. prof., PhD. N.M. Dydyk

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Одним з обов'язкових етапів ортопедичного лікування керамічними та металокерамічними коронками та мостоподібними протезами є тимчасове протезування препарованих зубів на період виготовлення постійної конструкції. Тимчасові коронки забезпечують адекватний захист зубів після препарування твердих тканин від дії термічних, хімічних та механічних факторів. Для виготовлення тимчасових коронок клінічним методом широко використовують самотвердіючі пластмаси, які під час процесу полімеризації виділяють тепло. Попередження негативних екзотермічних впливів матеріалів на пульпу препарованого зуба має важливе клінічне значення у практиці стоматолога-ортопеда.

**Мета дослідження.** Встановити поєднання матеріалів для шаблонів і пластмас, яке дозволяє отримати мінімальне зростання температури у пульповій камері при виготовленні тимчасових коронок.

**Матеріали та методи дослідження.** Для проведення дослідження створили експериментальну модель виготовлення тимчасових коронок прямим методом з використанням самотвердіючих пластмас. У 5 молярів з інтактною коронковою частиною відокремили коронкові фрагменти та створили доступ до порожнини зуба з боку фуркації коренів для введення термочутливого датчика на гнучкому з'єднанні цифрового пристрою для фіксації температури. Коронкові фрагменти молярів зафіксували у циліндричних блоках з безбарвної прозорої пластмаси гарячої полімеризації, зберігаючи доступ до камери зуба. Отримали по два анатомічних шаблони перед препаруванням зуба – 1) з силіконового

відбиткового матеріалу високої та низької вязкості Panasil Putty Soft та Panasil initial contact Light (Kettenbach) за методикою двохфазного відбитку та 2) з листового прозорого термопластичного полімеру Erkodur (Erkodent) товщиною 1,0 методом вакуумного пресування. Зуби відпрепарували під повну коронку на 1,2 мм. Термочутливий датчик було зафіксовано в пульповій камері для вимірювання коливань температури при виготовленні тимчасових коронок прямим методом з матеріалів Protemp II (3М), Protemp 4 (3М), Visalis Temp (Kettenbach) та Карбодент (Стома). Матеріали замішували згідно з інструкцією виробника, вносили у шаблон та накладали на досліджуваний препаратований зуб. Визначали вихідну та пікову температури полімеризації матеріалу та обчислювали значення підвищення температури у камері зуба.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено, що зростання температури у пульповій камері зуба залежить безпосередньо від комбінації самотвердіючої пластмаси з видом шаблону, що використовувався під час досліду. Було отримано наступні показники підвищення температури всередині пульпової камери (полімерний шаблон/ силіконовий матрикс): Protemp IV (2,2°C/0,2°C), VisalisTemp (3°C/0.3°C), Protemp II (3,3°C/0,5°C), Карбодент (6.7°C/ 3.0°C). Підвищення температури в пульповій камері було вираженішим у випадку застосування полімерного вакуум-пресованого шаблону, порівняно з силіконовим відбитком як матриксу для виготовлення тимчасових коронок.

**Висновки.** Екзотермічні ефекти під час внутрішньо ротового виготовлення тимчасових коронок можуть бути нівельованими шляхом полімеризації пластмаси у відбитку з силіконового матеріалу, який має здатність поглинати та розсіювати тепло.

**Summary.** Aim of the study was to determine the combination of self-curing resins and type of matrix which provides a minimal temperature increase in the pulp chamber during the fabrication of interim crowns. An experimental model of direct method of interim crown coverage for prepared extracted molar was designed. Intrapulpal temperature rise during polymerization of Protemp II (3M), Protemp 4 (3M), Visalis Temp (Kettenbach) and Karbodont (Stoma) was measured. Output and peak temperature of self-curing resin polymerization were recorded and values of temperature increase in the tooth chamber were calculated. Two types of anatomical templates were used 1) silicone impression Panasil Putty Soft and Panasil initial contact Light (Kettenbach) 2) transparent thermoplastic polymer Erkodur (Erkodent) 1.0mm, vacuum pressed.

Exothermic effects during intra oral fabrication of interim crowns can be minimized by polymerization of resins in the silicone template that has the ability to absorb and dissipate heat.

## МЕТОДИКА КОМП'ЮТЕРНОЇ ПОЗАРОВОЇ АКСІОГРАФІЇ

Біловол А.С., Кольоса А.С., Плухатир О.О.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Король Дмитро Михайлович  
Кафедра пропедевтики ортопедичної стоматології, стоматологічний  
факультет

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, Полтава,  
Україна

## EXTRAORAL TECHNIQUE OF COMPUTER AXIOGRAPHY

A.S. Bilovol, O.O. Pluhaty, A.S. Kolosa

Scientific leader: prof. D.M. Korol'

Department of Propedeutics of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

**Актуальність теми.** Визначення характеру та амплітуди рухів нижньої щелепи є важливим індикатором оклюзійних порушень, а також функціональних змін у СНЩС та у жувальних м'язах, оскільки патологічні процеси, пов'язані з порушеннями артикуляційних співвідношень зубів, порушенням функції скронево-щелепних суглобів та м'язів жувальної групи мають значну поширеність серед загальної кількості людей.

В той же час поза увагою залишається оптимізація способів отримання важливих даних про стан СНЩС. У зв'язку з цим, дослідження та розробка методів реєстрації рухів нижньої щелепи позаротовим шляхом є актуальним завданням, реалізація якого сприятиме зручнішому процесу проведення даної процедури.

**Мета дослідження.** Таким чином метою нашої роботи стало вдосконалення методу позаротової реєстрації рухів нижньої щелепи з використанням приладу власної конструкції.

**Матеріали та методи дослідження.** Спираючись на дослідження попередників, ми створили прилад, використання якого не викликає незручностей для використання в амбулаторних умовах. Принцип дії приладу базується на реєстрації рухів та передачі їх через Bluetooth-сигнал на комп'ютер.

Розроблений нами прилад складається з утримуючих окулярів, кронштейну з можливістю регуляції у вертикальній та сагітальній площинах та комп'ютерної миші з можливістю регуляції у горизонтальній площині.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Таким чином, нами створено діагностичний комплекс (капа та прилад) бездротового типу для позаротової аксіографії, проведене експериментальне випробування якого *In VIVO* продемонструвало інформативність, зручність та економічну рентабельність для проведення досліджень як у наукових цілях, так і в умовах амбулаторного прийому.

**Висновки.** Розроблений прилад потребує подальшого вдосконалення та проведення досліджень для можливості його обширного застосування в практичній стоматології.

**Summary.** Pathological processes connected with teeth associated disorders, temporomandibular joint and masticatory muscles dysfunctions are widely spread in dental patients. So the development of modern techniques providing graphic registration of mandible movements is considered to be a prospective direction of dental research. So our research was aimed at the development of extraoral technique of mandible movement registration due to the design of the gumshield (to register mandible movements) and the portable wireless device (to transmit the received data to the PC) and testing them *in vivo*. *In vivo* testing of the designed diagnostic technique proved its informativeness, convenience and economic benefit for both scientific research and ambulance practice.

#### АНАЛІЗ ПАРАМЕТРІВ ОБЛИЧЧЯ ПРИ ПРОТЕЗУВАННІ ФРОНТАЛЬНИХ ГРУП ЗУБІВ

Бухарієва Я.Р., Майор І.І., Переста М.В., Сачук А.С., Чобей Д.І.  
Науковий керівник: Бокоч А.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

ANALYSIS OF THE FACIAL PARAMETERS DURING THE  
PROSTHETIC TREATMENT OF FRONTAL TEETH  
Ya.R.Bukharieva, I.I. Maior, M.V.Peresta, A.S.Sachuk, D.I.Chobei  
Scientific leader: A.V.Bokoch

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** В сучасних умовах зростаючих вимог пацієнтів до свого стоматологічного статусу актуальним і своєчасним в практичній стоматології стає комплексний підхід фахівців різного стоматологічного напрямку в виборі більш ефективних засобів відновлення повноцінної естетики і функції жувального апарату. Зокрема важливу роль відіграє відновлення естетики фронтальних груп зубів.

**Мета дослідження.** Провести аналітичне дослідження ортопедичних конструкцій у фронтальних груп зубів для визначення діагностичних критеріїв комплексного обстеження та обґрунтування конструювання протезів передніх зубів для підвищення ефективності ортопедичного лікування.

**Матеріали та методи дослідження.** У ході дослідження було обстежено 33 особи віком 18-24 роки з дефектами у ділянці фронтальних груп зубів, визначено симетричність і пропорційність обличчя, міжальвеолярну висоту, форму і розмір губ та взаємозв'язок із зубами, біотип ясен. Проведено комплексний аналіз клінічних ситуацій з наступним плануванням правильної естетичної реабілітації.

**Результати дослідження та їх обговорення.** При протезуванні пацієнтів зубами верхньої та нижньої щелепи в естетично значимій зоні, часто залишаються інтактними і можуть бути реставрованими по відношенню до розмірів верхніх центральних зубів. Під час зовнішнього огляду і обстеження обличчя вирішується питання естетичного оптимуму: симетричність половин обличчя, розмір нижнього відділу обличчя, виразність носогубних і підборідних складок, положення кутів рота, губ. При посмішці лінія верхньої губи має співпадати з краєм ясни, край нижньої губи - з різальним краєм верхніх різців. Внутрішньоротові: колір зуба (виділяють 5 зон - пришийкова, тіла, шийка, ріжучий край, контактна поверхня), наявність мамелом, прозорість різального краю, опалесценція, хроматичність, зубні плями, зона дентинної інфільтрації. Досліджуємо структуру зуба - перикимати, хайлайти, форма ріжучого краю, відносний розмір зуба і його положення, вісь зуба, форму ясни та зеніт, стабільність ясенного краю. Для надання висококваліфікованої та ефективної ортопедичної допомоги населенню необхідно дотримуватися загальноприйнятих методів обстеження хворого у клініці. Об'єктивні методи хворого дозволяє отримати суму достовірних симптомів, необхідну для того, щоб встановити діагноз. Суб'єктивне обстеження хворого — початковий етап обстеження. Мета етапу — на підставі опитування пацієнта дістати інформацію, яка дасть можливість поставити попередній діагноз, а отже, більш спрямовано проводити об'єктивне

обстеження, застосовуючи необхідні для підтвердження діагнозу допоміжні методи. Об'єктивне дослідження складається з: 1) огляду; 2) обмацування (пальпація); 3) вистукування (перкусія), 4) вислуховування (аускультація).

При плануванні ортопедичного протезування необхідно враховувати естетичні, функціональні та морфологічні критерії. Серед естетичних критеріїв важливими є: тип обличчя, співвідношення і пропорції обличчя та зубів.

Лице дорослої людини прийнято ділити на 4 типи:

1. Церебральний, що характеризується трикутною формою зубів.
2. Дегестивний, що характеризується прямокутною формою зубів.
3. Респіраторний – характеризується овальною формою.
4. М'язовий тип – квадратною.

**Висновки.** Таким чином визначення діагностичних критеріїв при плануванні протезування фронтальних груп зубів дозволить досягти оптимального естетичного, морфологічного та функціонального результату.

**Summary.** Consequently, the evaluation of diagnostic criteria during prosthetic treatment planning of anterior teeth provides possibilities for obtaining optimal esthetic, morphological and functional result of rehabilitation.

## АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ТЕРМОФОТОМЕТРІЇ В ХОДІ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРИХ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ.

Дячук К.Г

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна

## ANALYSIS OF THERMOPHOTOMETRY RESULTS DURING THE DIAGNOSTICS OF ACUTE INFLAMMATORY LESIONS OF MAXILLO- FACIAL REGION

K.G. Dyachuk

Scientific leader: PhD, prof. Y.Y.Kostenko

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Зміна місцевої температури тканин зубо-щелепової системи у разі виникнення та прогресування запальних процесів є типовою реакцією організму на вплив на нього факторів різної природи. У здоровій людини температура тіла симетрично однакова відносно середньої лінії обличчя. Порушення цієї симетрії і служить основним критерієм тепловізіографічної діагностики захворювань. Термофотометрія забезпечує диференційний підхід до діагностики захворювань ЩЛД та до порівняння змін локальної температури патологічного процесу з оточуючими їх здоровими тканинами. Даний метод доцільно використовувати як додатковий для діагностики, контролю лікування таких гострих запальних захворювань ЩЛП як абсцесу, флегмони, одонтогенного остеомієліту та одонтогенного періоститу.

**Мета дослідження.** Порівняти та проаналізувати результати дослідження під час використання методу термофотометрії з метою діагностики та подальшого ефективного лікування гострих запальних захворювань ЩЛД.

**Матеріали та методи дослідження.** Термографічне обстеження проводилося на апараті ТВ-03 з двійною ізотермою. Основною умовою дослідження є дзеркальне порівняння симетричних ділянок ЗЩА. Під час дослідження одну ізотерму настроювати на вогнище запалення, а іншу - на здорову сторону. Обстежували хворих в прямій і боковій проекції зранку і натщесердя в затемненій кімнаті при температурі 20-22С. Уражена ділянка шкіри адаптується до температури зовнішнього середовища на протязі 15-20 хвилин. Якщо на термоіндикаторах з'являються ділянки червоного кольору, то їх вважають «холодними», зеленого – «Теплими, а синьо-фіолетового – «гарячими». Перед проведенням термофотометричного дослідження перевязки не робили, щоб не змінити локальну температуру над запальним вогнищем. Термодіагностика проводилася в динаміці на протязі всього часу захворювання, до повного выздоровлення.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В результаті проведеного дослідження було виявлено зміни локальної температури в місцях запального вогнища відносно симетрично здоровій ділянці. Величина термоасиметрії, яка виникала при гострих одонтогенних запальних процесах в щелепах знаходилася (в залежності від вираженості запалення) в межах 0,5-2,5 С. У хворих з гострим одонтогенним періоститом відмічалася термоасиметрія обличчя на 1,0-1,8 С, а з гострим одонтогенним остеомієлітом на 1,6-2,5 С в порівнянні з симетричною ділянкою обличчя. При ускладненні

одонтогенного процесу в щелепі гострим регіонарним лімфаденітом, абсцесом чи флегмоною ми спостерігали широкий діапазон коливання місцевої температури над патологічним вогнищем , термоасиметрія знаходилася в межах від 1,5 С до 3,0 С. У деяких хворих із розлитими флегмонами дна порожнини рота , крім підвищення локальної температури на 2,0-3,0 С, в щелепно-лицевій ділянці виявлялося підвищення на 1,5-2,0 С температури на шкірі в ділянці проекції середостіння.

**Висновки.** Термографічне обстеження є важливим діагностичним інструментом для ранньої діагностики та для контролю процесу лікування гострих запальних захворювань ЩЖД. Показники температурних показників, а саме, термоасиметрії, дають нам точні результати щодо порівняльної характеристик вогнищ запалення та аналогічної здорової ділянки , що облегшує виявлення патологічного процесу на початкових етапах та дає відомості щодо правильності обрання тактики лікування.

**Summary.** Thermophotometry is an important diagnostic tool for early verification ,diagnostics and successful treatment. Thermoassymetry provides us with accurate results for comparative characteristics of heat at the inflammatory and analogical healthy area. This method facilitates the exposure of pathological process on the initial stages.

## ВИЗНАЧЕННЯ КОНГРУЕНТНОСТІ ПОСАДОЧНИХ ПЛАТФОРМ У СИСТЕМІ ІМПЛАНТАТ-АБАТМЕНТ

Гончарук-Хомин М.Ю., Великодна М.В., Бойчук М.М.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, науково-навчальний центр судової стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## EVALUATION OF LANDING PLATFORMS CONGRUENCE WITHIN IMPLANT-ABUTMENT SYSTEM

M.Y. Goncharuk-Khomyn, M.V. Velykodna, M.M. Boichuk

Scientific leader: PhD, prof. Y.Y. Kostenko

Department of Prosthetic Dentistry, Scientific and Research Centre of Forensic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Враховуючи значні показники поширеності дефектів зубного ряду та потребу населення України у різних видах ортопедичного лікування (Біда В.І., 2010; Ожоган З.Р., 2012), все більшого значення набуває питання експертної оцінки надання стоматологічної допомоги населенню (Костенко Є.Я., Мішалов В.Д., Войченко В.І., 2012, 2014). Актуальність останньої обґрунтована зростаючою кількістю повторних звернень пацієнтів по причині незадоволеності отриманими безпосередніми чи віддаленими результатами протезування, що за даними окремих дослідників сягає 21,3% (Solheim T., 2012; Pinchi V., 2015). Враховуючи можливості як функціонального так і естетичного відновлення параметрів зубо-щелепового апарату, використання різного типу протетичних супраконструкцій з опорою на внутрішньокісткові титанові дентальні імпланти дозволяє досягнути найбільш успішних результатів комплексної стоматологічної реабілітації (Misch С.Е., 2013). Поряд з тим, використання внутрішньокісткових опорних елементів характеризується виникненням специфічних ускладнень, прогресування та невчасна корекція котрих компрометує успішність обраного алгоритму лікування. Серед таких слід відмітити ранню дезінтеграцію, патологічну втрату оточуючої кісткової тканини (прогресуючу сауцеризацію), виникнення асоційованих запальних порушень у формі перимукозиту та періімплантиту (Schwartz, 2010). Виникнення подібних ускладнень провокується рядом діючих факторів, важливе місце серед яких займають параметри герметизму в області з'єднання імплантат-абатмент. Оцінка ризику втрати кісткової тканини та розвитку запальних уражень по причині порушення герметичності між супра- та інфраконструкцією досі залишається одним із недостатньо вирішених питань імплантології та судово-стоматологічної експертизи.

**Мета дослідження.** Розробити алгоритм оцінки якості з'єднання та параметрів герметичності в області імплантат-абатмент в лабораторних умовах та провести експериментальну перевірку запропонованої методики; визначити можливість мультифакторної інтерпретації отриманих результатів лабораторного дослідження з врахуванням впливу клінічних факторів впливу в ході комплексної оцінки якості проведеного імплантологічного лікування.

**Матеріали та методи дослідження.** В ході виконання дослідження використовувались конструкції імплантатів діаметром 4,1 та 4,3 мм та трьома типами з'єднання: внутрішній шестигранник, зовнішній шестигранник та внутрішнє трьохканальне з'єднання (всього 12

досліджуваних об'єктів). У шахту кожного імплантата за допомогою мікропіпетки розміщували краплю толуїдину синього (0,05 мл), після чого забезпечували з'єднання інфра- та супраконструкції. Після цього з'єднанні системи імплантат-абатмент опускали у чашку дистильованої води (10 мл), для котрої попередньо проводили спектрофотометричний аналіз за допомогою апарату СФ-56. На наступні 5 днів чаші з водою та поміщеними у них конструкціями герметично закривали. Даний етап дослідження проводився на кафедрі оптики ДВНЗ «УжНУ». Через 5 днів системи імплантат-абатмент виймали із чашок з водою та проводили повторний спектрофотометричний аналіз рідини. За змінами показників спектрофотометричного аналізу встановлювали факт просочування толуїдину синього із шахти інфраконструкції через з'єднання імплантат-абатмент, що дозволяло об'єктивно оцінити параметри герметизму на межі інтерфейсу двох конструкційних елементів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В ході аналізу отриманих показників спектрофотометричного дослідження був встановлений факт просочування використовуваного барвника толуїдину синього у розчин дистильованої води з області шахти інфраконструкції на межі інтерфейсу з'єднання двох конструкційних елементів. Зміна спектрофотометричної прямої свідчить про появу домішок у чистому розчині дистилляту, що в умовах герметичного зберігання досліджуваних об'єктів свідчить про факт розчинення барвника саме через границю з'єднання імплантата та абатмента. Порівнюючи показники спектрофотометричного аналізу повного розчинення 0,05 мл толуїдину у 10 мл дистильованої води та отриманих результатів дослідження можна стверджувати, що об'єм просоченого барвника через з'єднання імплантат-абатмент протягом 5 днів коливався у межах 22,2-37,3% від первинного використовуваного обсягу. Статистично значимої різниці між показниками мікропідтікання між імплантатами різного діаметру встановити не вдалося, однак між імплантатами з різним типом з'єднання така різниця спостерігалась у всіх трьох групах ( $p \leq 0,05$ ). Для формулювання остаточних висновків необхідно забезпечити реалізацію вищенаведеного алгоритму дослідження з використання більшої кількості досліджуваних об'єктів, що дозволить отримати статистично достовірні результати виходячи із потрібного обсягу вибірки. Факт просочування барвника може бути пов'язаний також із параметрами досягнення необхідного торку з'єднання елементів, але вплив останнього в подальшому можна виключити уніфікувавши вихідні умови проведення експерименту.

**Висновки.** Забезпечення герметизму в області з'єднання імплантата та абатмента мінімізує ризик розвитку асоційованих ускладнень по типу перимукозиту, периімплантиту, прогресуючої саucerизації та супутніх біомеханічних порушень у безпосередні та віддалені терміни після імплантації. Результати отриманого дослідження свідчать про можливість використання даної моделі експерименту для подальшої перевірки параметрів герметизму на межі інтерфейсу двох конструкційних елементів після стандартизації вихідних умов проведення дослідження. Подальший аналіз отриманих результатів у комплексі з дослідженням впливу клінічних факторів на результат стоматологічного лікування дозволить розробити мультифакторну модель прогнозу дентальної імплантації та успішності протетичної реабілітації пацієнтів з опорою на втрушіньокісткові титанові опори.

**Summary.** Providing hermeticism at the connection of implant and abutment helps to minimize the risk of associated complications, such as perimucositis, periimplantitis, progressive saucerization and attendant biomechanical disorders during the immediate and long-term periods after implantation. The results of the obtained research indicate the possibility of using proposed experimental model for further research of hermeticism parameters at the interface of two structural elements after standardization of the baseline parameters of the study. Further analysis of the results complementary to the research of influence factors on clinical outcome of dental treatment will provide a possibility to develop multifactorial model for dental implant treatment and prosthetic rehabilitation prognosis with the use of intraosseous titanium constructions.

## АНАЛІЗ ШЛЯХІВ ПОПЕРЕДЖЕННЯ НЕЕФЕКТИВНОГО МІСЦЕВОГО ЗНЕБОЛЕННЯ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ - СТОМАТОЛОГА

Йовбак С. В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Брехлічук П. П.

Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та  
онкостоматології, стоматологічний факультет

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## ANALYSIS OF METHODS TO PREVENT THE INEFFECTIVE LOCAL ANESTHESIA

S.V. Yovbak  
Scientific leader: PhD. Brekhlichuk  
Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and Oncological  
Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Місцеве знеболення у роботі лікаря - стоматолога є фундаментальною маніпуляцією, без якої, практично, не можливо обійтись у щоденній практиці. Неефективність, або відсутність блокади цільової зони ін'єкції, являється одним з найпоширеніших ускладнень від місцевої анестезії, у практиці як лікарів - початківців, так і спеціалістів з великим досвідом роботи .

**Мета дослідження.** Метою дослідження є аналіз факторів, які впливають на неефективність місцевого знеболення в практиці лікаря - стоматолога. Підбір правильних анестетиків. Визначити вплив анестетиків на людей з психоемоційними розладами. Усунути причини неефективності знеболення, досягти високо-результативної блокади цільової зони.

**Матеріали та методи дослідження.** Було обстежено пацієнтів різної вікової категорії та різної статі, осіб з лабільною нервовою системою. Проводилось знеболення в людей з обтяженим анамнезом, в осіб які вживають напої з високим вмістом кофеїну. Пацієнтам проводились аплікаційні, інфільтраційні та провідникові анестезії. Анестезії проводились тикими препаратами, як новокаїн, ультракаїн, убістезин, мепівакаїн, лідокаїн, анестезин, дикаїн, бупівакаїн, артикаїн.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За результатами дослідження визначено такі критерії ефективності знеболення: 1)глибина знеболення; 2)час настання анестезії; 3)тривалість знеболення; 4)зона анестезії (обсяг ділянки яка знеболюється). Глибина знеболення вимірюється зміною величини порогу больової чутливості тканин, що підлягають блокаді.

**Висновки.** Було встановлено фактори що зумовлюють неефективність місцевої анестезії: 1)стать; 2)вік; 3)біоритм; 4)ступінь психологічної та медикаментозної профілактичної підготовки, зокрема в осіб з лабільною нервовою системою. Неправильний підбір анестетика, недостатні мануальні навички лікаря, незнання лікарем топографічних ділянок які підлягають місцевій блокаді, негрунтовно зібраний перед втручанням анамнез, показники РН навколишніх тканин, помилкове впрорскування знеболюючого засобу в судини, часте вживання пацієнтом ліків (деяких стимуляторів ЦНС), або напоїв з високим вмістом кофеїну,

паління сигарет у день знеболення, застосування знеболення в осіб з обтяженим анамнезом (алкоголізм). Застосування анестетиків з порушенням правил зберігання або з вичерпаним терміном придатності.

**Summary.** The work present the analysis of factors influencing the inefficiency of local anesthesia, the choice of correct anesthetics and ways to exclude the reasons of inefficient anesthesia.

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДИКИ КОРОНАРНО ПЕРЕМІЩЕНОГО КЛАПТЯ ДЛЯ УСУНЕННЯ ЛОКАЛІЗОВАНИХ ЯСЕННИХ РЕЦЕСІЙ.

Колбаско Л.В.

Науковий керівник: к.мед.н.,доц.Гарляускайте І.Ю.

Кафедра хірургічної стоматології,ЩЛХ та онкостоматології,  
стоматологічний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний  
університет», Ужгород, Україна

## EFFICIENCY OF USING CORONALLY ADVANCED FLAPS AS A SURGICAL TREATMENT OF LOCALIZED GINGIVAL RECESSION.

L.V. Kolbasko

Scientific leader: PhD. I.Y. Garliauskaite

Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and  
Oncostomatology, Faculty of Dentistry

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine.

**Актуальність теми.** Однією з актуальних проблем сучасної пародонтальної хірургії є лікування рецесії ясен, що пов'язано із значною її розповсюдженістю серед різних вікових груп. Сьогодні серед населення зросла кількість пацієнтів, що скаржаться на гіперестезію зубів, порушену естетику ясен, поширеною причиною якої є локалізована чи генералізована рецесія ясен. За даними Toker H. та Ozdemir H.(2009) найбільш прогресивна динаміка розвитку рецесій спостерігається серед молодих людей віком 20-29 років і становить 78.2% пацієнтів даної вікової групи.

**Мета дослідження.** Аналіз та оцінка результатів, отриманих при лікуванні локалізованих рецесій ясен методикою коронарно переміщеного клаптя, розроблення показів до використання даної методики.

**Матеріали та методи дослідження.** Були обстежені 14 пацієнтів із 22 випадками локалізованої рецесії ясен на нижній щелепі і розділені на 2 групи. Першій лікування проводилось методом коронарно переміщеного клаптя без трансплантату, а другій - методом коронарно переміщеного клаптя з субепітеліальним трансплантатом. Були враховані такі параметри: вік, стать, наявність шкідливий звичок, клас рецесії за Міллером, ширину та товщину рецесії, біотип ясни, величину початкової та кінцевої(через 7 місяців після операції) рецесії(у мм).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Середній вік пацієнтів складав  $36\pm 3,9$  років. Із обстежених 14 пацієнтів: 8 жінок і 6 чоловіків; 5 курців і 9 пацієнтів без шкідливих звичок; 10 пацієнтів із тонким біотипом ясни, 4 – із товстим, відповідно по 14 і по 9 ясенних рецесій до кожного біотипу; 4 пацієнти з I класом рецесій за Міллером, 6 пацієнтів – із II класом, 4 – з III класом. Середня початкова величина рецесії у першій групі склала  $2,5\pm 1,2$  мм, а у другій –  $3,0\pm 1,1$  мм.

Оцінка результатів зменшення величини ясенної рецесії наведена у таблиці:

	Група 1	Група 2
Величина початкової рецесії (мм)	$2,5\pm 1,2$	$3,0\pm 1,1$
Величина кінцевої рецесії (мм)	$0,5\pm 0,8$	$0,7\pm 0,7$
Показник зменшення рецесії (мм) = величина початкової рецесії - величина кінцевої рец.	$2,1\pm 0,9$	$2,3\pm 0,7$
Показник зменшення рецесії %	$86,7\pm 21,2$	$81,7\pm 17,8$

\*Наведені середні показники, шляхом вичислення середньої арифметичної величини.

Після проведення хірургічного втручання повне усунення рецесії(кінцева величина рецесії=0) було досягнуте у 13 із 22 випадків.

**Висновки.** Методика коронарно зміщеного клаптя без субепітеліального трансплантату показана при мілких(до 3мм) та вузьких рецесіях при наявності достатньої кількості кератинізованої ясни(4мм і більше). При глибині рецесії більше 4 мм показана двоетапна методика з використанням субепітеліального трансплантату.

Факторами успішного усунення рецесії при використанні даної методики є :

- Достатня висота інтрапроксимальної кістки;

- Інтервал між пересадкою вільного ясневого трансплантату і корональним зміщенням клаптя не менше 6 тижнів;
- Адекватна мобілізація клаптя під час другого етапу для попередження рецесії ясни в післяопераційному періоді.

**Summary.** One of the main problem of modern surgical dentistry is the surgical treatment of gingival recession, which is associated with a substantial prevalence among different age groups. Today, among people increased the number of patients who complain of hypersensitivity of the teeth, broken gingival aesthetics, which is the result of localized or generalized gingival recession. Therefore, knowledge of the indications of using different methods of surgical treatment of gingival recession is necessary in the practice of dentist.

АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОЧОГО ПРОСТОРУ ТА ВИКОНАННЯ  
ОСНОВНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ ЛІКАРСЬКОГО ПРИЙОМУ  
СТОМАТОЛОГА В ЕРГОНОМІЧНОМУ АСПЕКТІ  
Костенко О.Є.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Костенко Є.Я.  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

ANALYSIS OF THE WORKING SPACE CREATION AND BASIC  
MANIPULATIONS PERFORMING IN THE MEDICAL PRACTICE OF  
DENTIST THROUGH THE ERGONOMICAL ASPECT  
O.Y. Kostenko

Scientific leader: PhD, prof. Y.Y. Kostenko

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Завдання підвищення продуктивності праці лікаря-стоматолога залишається актуальним у всіх країнах світу. Воно вирішується в різних напрямках і, перш за все, шляхом оснащення робочого місця сучасним обладнанням, високотехнологічними установками, високоякісним інструментарієм і т.д. Найважливіше

значення надається впровадженню новітніх методик і технологій, що дозволяють звести до мінімуму невиправдані затрати часу. Останнє вирішується з використанням досягнень такої науки, як "ергономіка". Проте, значний резерв в підвищенні продуктивності праці стоматолога, який до цих пір мало використовується в нашій країні, лежить в удосконаленні організації самого стоматологічного прийому, а також у використанні допоміжного персоналу.

Дане дослідження матиме практичне застосування як в практичній діяльності пересічного лікаря-стоматолога у рамках первинної профілактики їхніх професійних захворювань, так і для реформування надання стоматологічної освіти, зокрема звернення уваги не лише на аспектах виконання стоматологічних процедур, а й правильній організації робочого простору, рухам і позі стоматолога під час роботи.

**Мета дослідження.** Провести аналіз здійснення стоматологічного прийому в ергономічному аспекті. Визначити вплив різних ергономічних прийомів на продуктивність та здоров'я лікаря-стоматолога. Систематизувати правила та рекомендації щодо різних маніпуляцій у веденні стоматологічного прийому. Розробити практичний ілюстрований poradnik для лікарів-стоматологів-початківців.

**Матеріали та методи дослідження.** В якості об'єктів дослідження було проаналізовано ергономічні властивості основного стоматологічного обладнання (стоматологічні установки та їх компоненти, стільці лікаря, предметні столики, освітлення), універсальні маніпуляції, рухи та положення тіла лікаря-стоматолога відносно пацієнта та обладнання під час прийому, а також проаналізовано роботу із допоміжним персоналом.

В основу методології дослідження покладено комплексний підхід до аналізу вчення про ергономіку у стоматології, метод формально-догматичного аналізу (надав можливість з'ясувати структуру і співвідношення понять, що досліджувалися); порівняльний метод (окрім іншого, використовувався при аналізі ергономічних рекомендацій щодо роботи лікаря зарубіжних країн у контексті вчення про ергономіку у стоматології).

Теоретичну основу дослідження складають праці вчених минулого і сучасності зі стоматології, ергономіки, медицини професійних захворювань, а також енциклопедична література. В даному дослідженні використані надбання науки ергономіки в стоматології, що містяться у працях таких вчених, як Садовський В.В., Chasteen E.Jozeph, Раздорожний А.А., Федорович Г.В., Гервас О.Г. та ін.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Перш за все, необхідно визнати, що оптимальної ситуації, при якій виконуються всі ергономічні вимоги, немає. “Ергономіка” - це наукові дослідження взаємодії людини і робочого середовища. Мається на увазі не тільки безпосереднє оточення, у якому працює людина, але також установки і матеріали, методи організації індивідуальної і колективної роботи.

У будь-якому випадку, кожен може мати різні погляди на специфіку проблеми, але в такому випадку буде важко говорити про ергономічно правильне її вирішення. Звичайно, кожен стоматолог сам відповідає за вибір ергономічної моделі своєї роботи. Але якщо навіть він зупиняє свій вибір на неергономічному вирішенні, важливо, щоб це було усвідомлено.

Важливо підкреслити, що обладнання або манера проведення лікувальних процедур, які є оптимальними для одного стоматолога, не обов'язково будуть такими для іншого. Наприклад, важливу роль відіграє зріст, роблячи якимсь обладнання неергономічним для того чи іншого стоматолога; це особливо важливо для стоматологів маленького чи великого зросту. Але також необхідно враховувати фізичні можливості, наприклад витривалість, баланс навантажень.

Дослідниками (*В.В. Садовський, 1999, Москва*) та нами спеціально проаналізовані витрати часу стоматологів на проведення основних маніпуляцій в умовах прийому без допоміжного персоналу і в процесі роботи з асистентом.

Як встановлено, є цілий ряд маніпуляцій, які можуть бути оцінені однаково. До них відносяться: перехід лікаря для миття рук до умивальника (5 секунд), миття рук (30 секунд) і перехід від умивальника до крісла (5 секунд). За іншими маніпуляціями, відображеними в таблиці, як показав хронометраж, витрати часу лікаря спостерігаються тільки на прийомі без допоміжного персоналу. При цьому, сумарна втрата його робочого часу на непродуктивні дії становить: на традиційному прийомі в межах 12,3 хв., а на прийомі з асистентом – близько 0,5 хв. Таким чином, середня економія робочого часу лише на цих маніпуляціях досягає близько 11,8 хв.

У Сполучених Штатах Америки було зроблено ряд серйозних досліджень руху тіла стоматолога під час роботи. Сидяча позиція лікаря була визнана найбільш вигідною з точки зору механіки (*Chasteen E.Jozeph, 1978*). Статистика показала, що тривалість життя дантиста, що працює сидячи протягом кар'єри, на 17% довше того, хто працює стоячи. Працюючи в сидячому положенні, людина витрачає на 27% менше енергії, ніж при тій же роботі стоячи. Однак, не менш важливо, що сидіти

бажано як стоматологу, так і асистенту. Основна суть сидячої роботи - перебувати в збалансованій позі.

Західні школи рекомендують кілька позицій лікаря, асистента і пацієнта (*Chasteen E. Jozeph, 1978*). Існують також рекомендації ВООЗ (Альтернативні системи стоматологічного обслуговування, 1985). Узагальнюючою рекомендацією є застосування горизонтальної позиції пацієнта. Стоматолог сидить безпосередньо за головою хворого в положенні "8 -12 годин" на абстрактному циферблаті.

Отримано незаперечні докази того, що до проблем зі здоров'ям багатьох стоматологів призводить робота в неергономічному положенні. Однією з перших постає та проблема, що часто з самого початку навчання професії стоматолога не вчать правильно розподіляти фізичні навантаження і працювати в правильній робочій позі. Тобто вони не вміють адаптувати свої відчуття, тілесні механізми, навантаження на м'язи, суглоби і сухожилля. Це необхідно для розуміння і збереження робочої пози, що забезпечує низьке навантаження. Причина полягає в тому, що при посиленій концентрації навчальних програм на аспектах виконання стоматологічних процедур, недостатня увага приділяється рухам і позі стоматолога під час роботи.

Іноді проблема полягає в тому, що стоматологічні інструменти та обладнання не пристосовані або зовсім не дозволяють проводити стоматологічні процедури ергономічно. При висуненні вимог до виробників з питань ергономіки вони аргументують, що немає попиту на обладнання, яке відповідає ергономічним умовам, а при покупці більше звертають увагу на стиль і колір. Виходить, що здебільшого ергономічна складова не задіяна ні в професійній, ні в маркетинговій діяльності стоматологів, в результаті чого виробники і не надають їй належного значення.

Відповідно до вимог анатомії і фізіології були створені стандарти для роботи в статичних робочих позах. Вони викладені в стандарті ДСТУ ISO 11226:2009 (ISO 11226:2000, IDT) ергономічної оцінки статичних робочих поз. Ґрунтуючись на них, створено опис правильних поз стоматолога в положенні сидячи, який також створює обмежувальні контури корисної для здоров'я робочої пози. Чим більше поза відхиляється від цих меж, тим більше навантаження на тіло і, таким чином, ця поза гірша для здоров'я працюючого.

Досвід практикуючих лікарів свідчить про те, що в багатьох випадках освітлення в стоматологічній практиці не відповідає вимогам, оскільки занадто часто виявляється одним з останніх пунктів при її проектуванні.

Усі ці та ряд інших аспектів організації робочого простору лікаря-стоматолога лягають в основу практичного ілюстрованого видання-порадника як для початківців, так і для вже практикуючих лікарів, які прагнуть покращити умови стоматологічного прийому, а також провести первинну профілактику професійних захворювань. Для даного видання проводиться комплексне дослідження з моделювання робочих ситуацій у практичній діяльності лікаря-стоматолога, наводяться переваги і недоліки поз та методик, аргументується необхідність використання ще недостатньо поширених на даний час досягнень з покращення лікарського прийому стоматолога (сидяче положення, використання кофердаму/рабердаму, обладнання з додатковим освітленням, збільшувальної оптики тощо).

**Висновки.** Грунтуючись на власних можливостях і можливостях стоматологічної практики, кожен стоматолог повинен визначити, який ергономічний стиль в роботі підходить йому найкраще. Необхідна індивідуальна оцінка ситуації. Але очевидно, що чим з більшим бажанням відбувається освоєння принципів ергономіки, тим легше досягти оптимальної робочої ситуації. Однак завжди будуть ситуації, при яких неможливо лікувати пацієнтів в ідеальних умовах.

Дане дослідження може дати певні знання, сформулювати і систематизувати рекомендації і правила, проаналізувати помилки лікарів та моделі їх роботи в ергономічно-стоматологічному аспекті. Проте навчання і щоденне застосування навичок ергономічної роботи є власною справою кожного стоматолога на основі власних мотивацій. Іншими словами, програма для ергономічної роботи повина бути створена самим стоматологом. Перш за все, він повинен використовувати цю програму для раціонального вибору стоматологічного обладнання та подальшого адекватного його використання, оскільки володіння ергономічним обладнанням саме по собі не призводить до його правильного використання.

**Summary.** Based on their own ability and opportunities of dental practice, every dentist should choose which ergonomic work style suits him best. Requires an individual analysis of the situation. But it is clear that wish to accept the principles of ergonomics, makes much easier to achieve the optimal working situation. However, there will always be situations in which it is impossible to treat patients under perfect conditions.

This research can give some knowledge to formulate and codify rules and guidelines, to analyze the doctors` mistakes and models of their work in ergonomically-dental aspect. However, learning skills and daily use ergonomic work is the own business of each dentist based on their motivations. In other

words, a program for ergonomic work ought to be created by the dentist. First of all, he or she should use this program for rational choice of dental equipment for further use, as having ergonomic equipment itself does not mean using it properly.

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ПРОВЕДЕНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ  
ШЛЯХОМ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ ПАРАМЕТРІВ ЗМІН КІСТКОВОЇ  
ТКАНИНИ В ПЕРИІМПЛАНТАТНІЙ ОБЛАСТІ

Крічфалушій С.І., Гончарук-Хомин М.Ю.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, науково-навчальний центр судової  
стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF IMPLANT-TREATMENT  
QUALITY BY THE OBJECTIFICATION OF BONE CHANGES  
PARAMETERS AT THE PERIIMPLANT REGION

S.I. Krichfalushiy, M.Y. Goncharuk-Khomyn

Scientific leader: PhD, prof. Y.Y. Kostenko

Department of Prosthetic Dentistry, Scientific and Research Centre of Forensic  
Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Стоматологічне здоров'я є невід'ємною частиною показника якості життя, а результати будь-якого стоматологічного лікування повинні бути спрямовані на досягнення найбільш оптимально можливих показників функціональності (здатність жувати, адаптований механізм мастифікації, відповідність дієти, здатність розмовляти та параметри втрати кісткової тканини), довговічності реабілітації (необхідність повторного лікування, час оптимального функціонування без порушення балансу механічних та біологічних співвідношень, ініціація запалення внаслідок порушення цілісності складових частин протеза), економічної доцільності (в рамках прямих та непрямих витрат на виготовлення чи можливий ремонт конструкції, витрати під час безпосереднього використання) та психологічної

задоволеності пацієнта (у розрізі суб'єктивної оцінки естетики, комфорту, відповідності очікуванням та підтримки гігієни) (D. T. Brown, 2010; A. V. Carr, 2012). В свою чергу стоматологічна реабілітація пацієнтів з використанням дентальних імплантатів є одним з найперспективніших методів заміщення дефектів зубного ряду. Еволюція поглядів на розробку параметрів ефективності реабілітації пацієнтів з використанням внутрішньокісткових дентальних імплантатів пройшла свій незалежний шлях розвитку, суміжний із зростаючим прогресом як у галузі дентальної імплантології, так і в галузі ортопедичної стоматології, і продовжує вдосконалюватись надалі, формуючи нові об'єктивні взаємозв'язки між кінцевим результатом та кожною із фаз реабілітації (С.Е. Misch, 2010; M. Clementini, 2012). Проте комплексний підхід потребує пошуку відповідних критеріїв, адаптованих як для оцінки успішності кінцевого результату реабілітації – відновлення морфо-функціональної цілісності через низку необхідних ятрогенних втручань, та і суміжної розробки та імплементації вдосконалених підходів реєстрації змін зубо-щелепового апарату на кожному з етапів стоматологічної реабілітації з використанням дентальних імплантатів.

**Мета дослідження.** Провести практичну перевірку адаптованого програмного забезпечення для оцінки щільності кісткової та судово-стоматологічного методу оцінки змін стоматологічного статусу із побудовою відповідних гістограм.

**Матеріали та методи дослідження.** В якості досліджуваних об'єктів були використані ортопантомограми 56 пацієнтів, отримані на момент встановлення дентального імплантата та через рік після первинного ятрогенного втручання. Фрагментація областей імплантації проводилась уніфіковано для кожної пари ортопантомограм використовуючи існуючі комп'ютерні алгоритми роздільного слайсингу з врахуванням показників крайніх граничних пікселів як маргінальної зони дослідження. Дослідження отриманих фрагментів проводили у адаптованому програмному забезпеченні ImageJ та додаткового плагіну BoneJ (the Wellcome Trust), котрі являють собою відкриті програмні Java-ресурси. В якості методу аналізу щільності кісткової тканини у цьому ж програмному забезпеченні був реалізований метод оцінки змін стоматологічного статусу за допомогою гістограм, розроблений Костенком Є.Я. (2012). Модифікація методу полягала у оцінці конкретних змін кісткової тканини у фрагментованій графічній області, що представляла собою частину ортопантомограми, яка включала встановлений дентальний імплантат та оточуючу кісткову тканини.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В процесі використання запропонованого алгоритму фрагментації ортопантограм пацієнтів після дентальної імплантації та подальшого їх аналізу у адаптованому програмному забезпеченні вдалось верифікувати значення таких показників як анізотропію кісткової тканини, кількісні показники щільності з'єднання кістки з дентальним імплантатом, товщину трабекулярної складової та середні денситометричні показники кісткової тканини з використанням методу побудови гістограм. Середні показники щільності з'єднання в області інтерфейсу імплантат та кісткова тканина на момент встановлення імплантату коливались в діапазоні Conn.D (connectivity density) = 1,6052-1,9244, товщина трабекулярної складової в періімплантатній області Tb.Th (trabecular thickness) = 0,489-0,514, анізотропія кісткової тканини DA (degree of anisotropy) = 0,522-0,571. Середні денситометричні показники визначені за методом побудови гістограм складала 441,26-532,67 у.о. Через рік через проведеного імплантологічного втручання аналогічні показники складала Conn.D (connectivity density) = 1,5001-1,8524, товщина трабекулярної складової в періімплантатній області Tb.Th (trabecular thickness) = 0,394-0,411, анізотропія кісткової тканини DA (degree of anisotropy) = 0,413-0,485. Середні денситометричні показники визначені за методом побудови гістограм складала 422,46-516,31 у.о. Статистично значимої різниці між показниками отриманими на момент встановлення імплантату та через рік після втручання виявити не вдалось, що свідчить про те, що подібні дослідження слід проводити у більш короткі періоди часу, щоб зареєструвати прогресуючі зміни кісткової тканини в процесі її ремоделювання. Однак, запропонований підхід забезпечує швидку та адаптовану оцінку параметрів кісткової тканини, реєстрацію котрих можна проводили навіть за допомогою прицільних рентгенограм з використанням доступного програмного забезпечення та додаткових плагінів-утиліт. Така модифікація методу забезпечує динамічну реєстрацію змін в періімплантатній області з можливістю прогнозування успішності дентальної імплантації виходячи із характеру прогресування досліджуваних параметрів та порівнянням отриманих результатів із клінічними критеріями ефективності.

**Висновки.** Концептуалізація оцінки ефективності реабілітації пацієнта з використанням дентальних імплантатів в свою чергу обґрунтовує необхідність розробки ряду критеріїв для верифікації клінічної успішності використання внутрішньокісткових опор відповідно до умов клінічної ситуації, з яких лікар виходить у кожному окремому випадку через реалізацію адаптованих етапів комплексного лікування з

розумінням особливостей взаємодії компонентів зубо-щелепової системи організму. Об'єктивізація показників лікування з точки зору відновлення тільки оклюзійної складової не є достатньо вичерпною, оскільки використання дентальних імплантатів передбачає необхідність розуміння складних процесів остеоінтеграції та ремоделювання кістки у період адаптації та на етапах функціонального навантаження. Відтак комплексний підхід до верифікації повноцінного характеру реабілітації пацієнта зі встановленням ендоосальних одиниць не може не враховувати параметрів успішності суто імплантологічного етапу лікування, як визначального для проведення подальших лікувальних маніпуляцій, чого в свою чергу можливо досягти із використанням адаптованого програмного забезпечення та модифікованих підходів об'єктивізації динамічних змін кісткової тканини в періімплантатній області.

**Summary.** Objectification of treatment results performed just in terms of recovery only occlusive component is not sufficiently comprehensive, since the use of dental implants requires understanding of the complex processes of osseointegration and bone remodeling during the stages of adaptation and functional load. Therefore, a comprehensive approach can be achieved using adapted software and modified techniques for objectification dynamic bone changes at the peri-implant area.

#### ТРАНСФОРМАЦІЇ КТ-РЕФОРМАТИВ У ДВОХВИМІРНІ ЗОБРАЖЕННЯ З МЕТОЮ ОПТИМІЗАЦІЇ ПРОЦЕСУ ІДЕНТИФІКАЦІЇ ОСОБИ ЗА СТОМАТОЛОГІЧНИМ СТАТУСОМ

Ляхіна М.В., Гончарук-Хомин М.Ю., Білей А.М.

Науковий керівник: д.мед.н., професор Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет

НауковоУжгородський національний університет, Ужгород, Україна

#### TRANSFORMATION OF CT-REFORMATS INTO TWO-DIMENSIONAL IMAGES TO OPTIMIZE THE PROCESS OF PERSON IDENTIFICATION BY DENTAL STATUS

Lyahin M.V., Goncharuk-Khomyn M.Y., Biley A.M.

Scientific leader: PhD, prof. Y.Y. Kostenko

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Згідно основних принципів ідентифікації осіб за стоматологічним статусом, розроблених Міжнародною Організацією Судової Одонто-Стоматології (IOFOS), процес судово-стоматологічної експертизи передбачає співставлення стоматологічних даних пацієнта *antemortem* та *postmortem*. Проте результати досліджень проведених Костенком Є.Я. (2013) вказують на недостовірність заповнення та ведення медичної документації в Україні, що містить значну кількість похибок організаційного та процедурного характеру, таким чином не відображаючи дійсного стану стоматологічного статусу пацієнтів державних та приватних поліклінік. Однак, за даними проведеного анкетування було встановлено, що майже 68% пацієнтів проводились різні рентгенологічні дослідження, переважаючи кількість серед яких становлять прицільні рентгенограми та ортопантограми. Дані системного аналізу проведеного Forrest A. (2013) вказують на те, що за період 2008-2011 років частка використання даних комп'ютерної томографії під час проведення судово-стоматологічних експертиз в європейській практиці зростає майже у 8 раз. Відповідно для об'єктивізації даних отриманих в ході томографічних досліджень потрібно забезпечити адаптований алгоритм їх опрацювання, який би враховував не тільки можливості широкодоступного програмного забезпечення й відмінність вихідних параметрів різних КТ-апаратів, а й забезпечував достатній рівень достовірності результатів, мінімізуючи частоту виникнення типових ідентифікаційних несумісностей.

**Мета дослідження.** Розробити алгоритм комплексного аналізу результатів комп'ютерно-томографічних досліджень з проведенням процесу конвертації томографічних реформатів у двохвимірні зображення з подальшим автоматичним пошуком достовірних ідентифікаційних критеріїв в межах графічного поля інтересу.

**Матеріали та методи дослідження.** В якості об'єктів дослідження було відібрано 49 наборів даних DICOM серед вибірки пацієнтів, яким суміжно проводились додаткові рентгенологічні дослідження з отриманням планіметричних знімків. Кожен файл з розширенням .dcm був попередньо анонімізований з подальшим призначенням йому відповідного порядкового номеру, що відповідав порядковому номеру прицільних рентгенограм тих же пацієнтів. Після аналізу вихідних прицільних рентгенограм із структури реформатів сегментувались області дослідження, що відповідали анатомічній ділянці, зображеній на планіметричному аналозі, після чого вони переводилися у двовірну координатну площину. Суміщення двох площинних об'єктів (вихідного прицільного знімка та конвертованої у 2D частини КТ-

реформату того ж анатомічного участку) проводилось згідно принципів суперімпозиції у двохкоординатній площині із нівелювання просторової координати z. Алгоритм активного обмежуючого контуру був використаний для автоматичного пошуку відповідних релевантних ділянок обох зображень, після чого у програмному забезпеченні ImageJ 1.60.3 було обраховано відношення кількості абсолютно суміщених пікселів до загальної кількості несуміщених структурних одиниць площинних зображень, які представляли у формі відсоткового коефіцієнту. Значення коефіцієнту у 90% і вище інтерпретували як достовірну ідентифікацію сегмента зубо-щелепового апарату, 70-89% - як можливу ідентифікацію, і менше 69% - як недостовірну ідентифікацію. Обробку чисельних даних проводили з використанням прикладного програмного забезпечення Microsoft Excel 2016 (Microsoft Office, 2016).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Із 49 проаналізованих об'єктів дослідження за запропонованим алгоритмом трансформації КТ-реформатів у двовимірні зображення достовірну ідентифікацію сегментів зубо-щелепового апарату вдалось зареєструвати у 34 випадках (69,4%), можливу ідентифікацію – у 11 випадках (22,4%), недостовірний результат – у 4 випадках (8,2%). В ході проведеного аналізу було встановлено, що найбільш ефективна ідентифікація була проведена серед пацієнтів без наявних ортопедичних та хірургічних втручань, а найбільш недостовірна ідентифікації – серед пацієнтів з наявними протетичними реставраціями та дентальними імплантатами. Отримані дані свідчать про те, що наявність в ротовій порожнині металевих елементів провокує значну дисторсію зображення та виникнення різного роду артефактів, які знижують коефіцієнт успішності дентальної ідентифікації. Для підвищення ефективності запропонованого вище алгоритму подальші дослідження будуть спрямовані на розроблення утиліт автоматичного нівелювання вилу існуючих артефактів КТ-зображень на вихідні параметри якості їх площинних сегментованих реформатів, що дозволить підвищити показники достовірної ідентифікації в ході проведення судово-стоматологічних експертиз.

**Висновки.** В результаті проведеного дослідження був розроблений оригінальний підхід трансформації КТ-реформатів у двовимірні зображення, який передбачає сегментацію необхідних зон інтересу з подальшим активним автоматичним контуруванням анатомічних участків, які відповідають ділянкам зареєстрованим на прицільних рентгенограмах. Вплив артефактів провокує виникнення похибок ідентифікації, проте при збільшенні кількості порівнювальних сегментів негативний вплив графічної дисторсії може бути знівельований

за рахунок підвищення квантифікаційних параметрів вихідних об'єктів дослідження.

**Summary.** Transformation of CT-reformats into 2D images provides possibility for positive person's identification by dental status based on the methods of segmentation and active contouring. Graphical artefacts influence provokes distortion of image quality that in turn effects the success of person identification process.

## КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ОПЕРАЦІЇ ВИДАЛЕННЯ РЕТЕНОВАНИХ ТРЕТІХ МОЛЯРІВ

Мар'ян-Йовбак В. Ю.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Брехлічук П. П.

Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## THE CLINICAL ASPECTS OF IMPACTED THIRD MOLARS EXTRACTION

V.Y. Maryan-Yovbak

Scientific leader: PhD. Brekhlichuk

Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and Oncological  
Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Затримку у щелепі сформованих зубів, які не прорізались у ротову порожнину у фізіологічний термін, називають ретенцією. На сьогоднішній день ретенція третіх молярів є однією з найбільш поширених патологій, яка щоденно зустрічається в практиці стоматолога – хірурга. Існуючі способи хірургічного лікування ретенованих зубів і атипового видалення імпактних верхніх та нижніх третіх молярів потребують удосконалення. Тому є актуальним опрацювання нових способів діагностики та лікування ретенції зубів.

**Мета дослідження.** Мінімізація інтраопераційних ускладнень, удосконалення існуючих методик проведення операцій атипового видалення, досягнення мінімальної травматизації тканин під час проведення операції. Проаналізувати результати хірургічного лікування пацієнтів із ретенцією зубів, де об'єктом дослідження є стан та

положення ретенуваних зубів, хірургічна тактика при їх лікуванні, а предметом-різні види ретенції зубів.

**Матеріали та методи досліджень.** Було обстежено та проведено операцій атипового видалення 52 особам різної вікової категорії. Використовувались наступні методи досліджень: стоматологічні загально – клінічні: для вивчення стану зубів та зубних рядів у пацієнтів; стоматологічні спеціальні: ортопантомографія – для визначення видів ретенції зубів, їх кількості, положення в щелепних кістках, кута нахилу, ретромолярної відстані та дефіциту місця для прорізування нижніх третіх молярів;

**Результати дослідження та їх обговорення.** Для кращого репрезентативного висвітлення, результати дослідження згруповано наступним чином: 1)на етапі синдесмотомії при видаленні напів ретенуваних зубів, з метою зменшення травмування альвеоли, випробували використання синдесмотома із зігнутим по ребру лезом (Chompret, Medesy, Італія); 2)при ретенції 1 – 3 ступеня, для створення доступу до зуба розріз слизової оболонки здійснювали за допомогою приладу “Minitom – 2 ” (Castellini, Італія) в режимі “cut”, що дало змогу знизити кровоточивість порівняно з проведенням класичного розрізу скальпелем; 3)висікання зовнішньої стінки альвеолярного відростка в проекції коронкової частини ретенуваного зуба за допомогою “Minitom – 2 ” (Castellini, Італія) в режимі “blend”; 4)сегментарну коронотомію ретенуваних зубів, часткове або повне від’єднання від кореня проводили за допомогою твёрдосплавних борів та наконечника з понижаючим ступенем обертів під’єданого до фізіодиспенсера з водяним охолодженням ; 5)тракцію здійснювали за допомогою прямих та кутових елеваторів; 6)ушивання рани проводили атравматичним шовним матеріалом “Vicryl” розміром 6/0 (Johnson & Johnson, Бельгія).

**Висновки.** В результаті проведених досліджень, визначено способи зменшення травматизації тканин під час проведення операції видалення ретенуваних та напівретенуваних третіх молярів. Скоротився час проведення хірургічного втручання. Опрацьовані способи атипового видалення імпактних верхніх та нижніх третіх молярів забезпечують відкритий доступ до зуба, створюють умови для проведення сегментарної коронотомії з метою профілактики вивиху другого моляра та забезпечують доброякісне загоєння післяопераційної рани.

**Summary.** Special attention has been paid to reduction of injuries during realization of operation, search for new methods of operation during third molars extraction. Research showed positive postoperative results.

ПОТЕНЦІЙНИЙ ТЕРАТОГЕННИЙ ВПЛИВ СУЧАСНОЇ  
АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ, ЩО ВИКОРИСТОВУЄТЬСЯ В  
СТОМАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Мочалов Ю.О., к.мед.н., доц.; Степа О.В.

Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та  
онкостоматології

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

POTENTIAL TERATOGENIC IMPACT OF MODERN ANTIBIOTIC  
THERAPY USED IN DENTAL PRACTICE

I.O. Mochalov, PhD, Doc.; O.V. Stepa

Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and Onco-Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Проблема вроджених вад розвитку є актуальною в Україні та світі, адже є однією із провідних причин перинатальної смертності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я на вроджені вади розвитку припадає 1,5-2% від всіх новонароджених.

**Антибіотики і тератогенез.** Антибактеріальна терапія широко використовується у хірургічній стоматології та щелепно-лицевій хірургії, з лікувальною або профілактичною метою її призначають майже кожному другому пацієнту, і вагітні жінки не мають становити виключення. Але лікарю-стоматологу при плануванні антибактеріальної терапії вагітним жінкам необхідно враховувати термін вагітності, можливість проникнення препарату через плацентарний бар'єр та його потенційний негативний вплив на ембріон чи плід. На думку Г.І. Лазюка, найбільш небезпечним є тератогенний ефект препарату, оскільки він здатний викликати вроджені вади розвитку (ВВР). Чутливими до дії більшості тератогенних факторів являються періоди плаценталії та імплантації, або так звані критичні періоди. Перший критичний період із високою ймовірністю тератогенного процесу припадає на кінець 1-го і початок 2-го тижня вагітності, до другого періоду відноситься 3-6 тижнів вагітності. Стосовно диференціації систем, то майже кожний орган має свій тератогенний термінаційний період (ТТП), під час якого відбувається його формування. В такі періоди тератогенний фактор може викликати різні вади розвитку, наприклад, ТТП розщілини верхньої губи - до кінця 7-го тижня, твердого і м'якого піднебіння – до 8-го тижня, серединної розщілини нижньої губи та нижньої щелепи – до 5-го тижня, серединна розщілина обличчя – до початку 6-го тижня вагітності.

На ступінь дифузії антибактеріального препарату через плацентарний бар'єр впливає термін вагітності, адже зі збільшенням терміну вагітності збільшується число знову утворених ворсин хоріона, збільшується поверхня плацентарної мембрани, відбувається посилення кровообігу по її обидві сторони та зміни її товщини. Також відомо, що під час вагітності кровообіг в матці значно зростає, що сприяє кращому трансплацентарному переходу лікувальних препаратів. На перехід препарату впливає ступінь його зв'язування з білками крові, так як дифундує лише вільна частина препарату.

**Властивості окремих груп препаратів.** Стосовно груп антибактеріальних препаратів, то встановлено, що пеніциліни добре переходять через гемато-плацентарний бар'єр, їх ступінь дифузії визначається рівнем зв'язування з білками крові. Такі препарати як бензилпеніцилін, ампіцилін, метицилін мало зв'язуються з білками крові тому їх концентрація в тканинах плода більша ніж у матері, на відміну від оксикліну і диклоксацину, останні мають високу ступінь зв'язування із білками плазми крові і меншу концентрацію.

При призначанні карбопенемів (іміпінем, меропенем) необхідно враховувати, що вони здатні добре накопичуватися в амніотичній рідині і їх концентрація в ній буде вищою ніж в сироватці крові матері. Щодо захищених пеніцилінів, то встановлено, що вони можуть знижувати рівень естріолу в плазмі крові, що може призвести до розвитку дистрес-синдрому, тому їх застосування в першому триместрі не бажано.

Також добре проходять через гемато-плацентарний бар'єр антибіотики групи цефалоспоринів, їх ступінь переходу збільшується разом з терміном вагітності. Ця закономірність відноситься до цефалоспоринів різних поколінь. Експериментальні та клінічні дані свідчать про відсутність тератогенної та ембріотоксичної дії у цефалоспоринів першого, другого та в окремих представників третього покоління. Нечисленні дослідження впливів аміноглікозидів свідчать про добрий перехід препарату через плацентарний бар'єр, на його ступінь також впливає термін вагітності. Гентаміцин переходить в середніх концентрація, але до кінця вагітності його перехід зменшується. Застосовувати гентаміцин, нетилміцин, стрептоміцин та дигідрострептоміцин під час вагітності не рекомендовано, адже вони володіють ототоксичною дією, яка призводить до порушення розвитку органу слуху. Тетрацикліни вільно переходять через гемато-плацентарний бар'єр, утворюючи комплекси з кальцієм та відкладаючись в зачатках кісток та зубів, порушуючи в них синтез білків. Дія тетрациклінів на ріст скелета починає проявлятися у другому триместрі вагітності, коли

утворюються центри осифікації скелету. Також тетрациклін може викликати гостру жовту дистрофію печінки, тому його застосування не рекомендується під час вагітності. Антибіотики групи макролідів проходять через плацентарний бар'єр, але рівень їх в фетальній крові та амніотичній рідині невисокий, тому ці препарати дозволено застосовувати при вагітності. Негативний вплив фторхінолонів та лінкозамідів не доведено, тому їх застосування у вагітних ризиковане і не рекомендується. Хлорамфенікол протипоказаний через розвиток «грей-синдрому» і порушення в системі гемопоезу; сульфаніламід, які можуть призвести до ризику розвитку жовтяниці у новонародженого, та хлоридин, який порушує обмін фолієвої кислоти, що призводить до порушень мозку, очей, скелету. Метронідазол та леворин не рекомендують застосовувати упершому триместрі вагітності. Протигрибковий препарат гризеофульвін володіє вираженою тератогенною дією. Препарати хініну викликають затримку психічного розвитку, порушення слуху, вроджену глаукому та аномалії сечостатевої системи.

**Висновки.** Отже, на сьогодні встановлені критичні періоди внутрішньоутробного розвитку, під час яких виникають вроджені вади розвитку, визначено потенційний негативний вплив окремих антибактеріальних препаратів на закладку органів та систем, ріст тіла плода. Із застосовуваного арсеналу антибактеріальних препаратів, найменше ускладнень спостерігалось при терапії пеніцилінами та макролідами. З огляду на зручність у використанні та широту спектру дії на мікроорганізмів остання група не має конкурентів.

**Summary.** The problem of birth defects is relevant in Ukraine and abroad, it is one of the leading causes of perinatal mortality. According to the World Health Organization congenital malformations occur for 1.5-2% of all newborns. Antibiotic therapy is widely used in surgical dentistry and maxillofacial surgery for therapeutic or preventive purposes. It is prescribed almost every second patient, and pregnant women should not be an exception. But dentists when planning antibiotic therapy to pregnant women should remember about the gestational age, the possibility of penetration of the drug through the placental barrier and its potential negative impact on an embryo or fetus. Today we know the established critical periods of fetal development during which there are birth defects identified potential negative impact of certain antibiotics. With applied arsenal of antibiotics, the least complications observed during treatment with penicillin and macrolides. Given the easiness of use and breadth of the spectrum of anti-microbic effect of the macrolides this group has no any competitors.

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ІНТЕНСИВНІСТЬ КАРІЄСУ ЗУБІВ У РОМІВ  
У М.УЖГОРОД ВІКОМ 12-15 РОКІВ

Гриненко Є.М.

Науковий керівник: д.м.н., проф. Є.Я.Костенко

Стоматологічний факультет

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

THE PREVALENCE AND INTENSITY OF DENTAL CARIES AMONG  
ROMA CHILDREN

IN UZHGOROD AGED 12-15 YEARS

I.M. Grynenco

Scientific leader : prof. Y.Y. Kostenko

Faculty of Dentistry

Uzhgorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Закарпаття – регіон з фтордефіцитом, тому на Закарпатті висока поширеність та інтенсивність карієсу зубів у дітей. Роми, за офіційними даними, на території Закарпаття - на п'ятому місці за чисельністю.

**Мета дослідження.** Вивчити поширеність та інтенсивність карієсу у дітей ромської етнічної групи м.Ужгород.

**Матеріали та методи дослідження.** Для вивчення інтенсивності карієсу зубів проведено комплексне клініко- епідеміологічне обстеження дітей ромів м.Ужгород. Було обстежено 70 дітей- ромів , серед яких хлопців було 20, а дівчат – 50. Результати заносилися в реєстраційні з картки для оцінки стоматологічного статусу. За даними карт визначали поширеність та інтенсивність карієсу. Проводилось і визначення індексу КПВ. Статистичну обробку даних проводили за допомогою статистичнотичних програм Microsoft Excel та Statistica.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Серед обстежених дітей виявлено середній рівень поширеності карієсу - 42,8%. Інтенсивність карієсу у дітей ромів низька. Індекс КПВ =1,42, серед дівчат індекс КПВ = 1,7, серед хлопців індекс КПВ=1,25. По структурі інтенсивності карієсу зубів переважає компонент “К” над компонентом “П”: 65%, 30,8%.

**Висновки.** Низький рівень ураження карісом зубів , не характерний для цього регіону. У структурі індексу КПВ показники каріозних зубів у 5 разів переважають над числом пломбованих. Отримані результати вказують на недостатню лікувально- профілактичну роботу.

**Summary.** The article presents the results of own researches on the prevalence and intensity of dental caries among Roma children. Dental examination has been conducted in 70 children aged 12-15 years who were living in Uzhhorod. The results indicate a lack of health care and the need for activation measures for primary and secondary prevention of dental caries.

СТАН ТВЕРДИХ ТКАНИН ЗУБІВ СТУДЕНТІВ ФАКУЛЬТЕТУ  
ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ В УМОВАХ  
ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТРЕСУ

Кузьо Н.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Добровольська М.К.  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

THE STATE OF DENTAL HARD TISSUES AMONG STUDENTS OF  
HEALTH FACULTY IN TERMS OF EMOTIONAL STRESS

N. Kuzo

Scientific leader: PhD. M.K. Dobrovolska  
Department of Restorative Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Під впливом хронічного емоційного перенапруження та тривоги виникають умови, що стимулюють погіршення психосоматичного здоров'я. В свою чергу, це негативно проявляється на стані здоров'я ротової порожнини.

**Мета дослідження.** Вивчити стан твердих тканин зубів і психоемоційного стану студентів шляхом опитування та оцінки стоматологічного статусу.

**Матеріали та методи дослідження.** Методом анкетування, яке проводилося серед студентів факультету здоров'я та фізичного виховання, було досліджено 40 осіб віком від 16 до 19 років. Для дослідження стоматологічного статусу була використана медична карта студента Форма №025-3\0. Для оцінки карієсогенної ситуації порожнини рота визначали рН ротової рідини, ТЕР-тест, рівень гігієни за індексами Федорова-Володкіної та Green-Vermillion. Психоемоційний стан досліджували за допомогою опитувальників С.Коухена і Г.Вілліансона (тест самооцінки стресостійкості), Holmes&Rahe (шкала стресогенності життєвих подій), Спілберга (реактивна тривожність).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дослідження показало, що поширеність карієсу зубів становила 85% при інтенсивності 12. Переважали поверхневі ураження зубів. Структура КПВ при огляді складала: К-215, П-180, В-6. Індекс гігієни за Федоровим-Володкіною показав, що у 62% обстежуваних добрий рівень гігієни, у 27,5% - задовільний, а у 10% обстежуваних був виявлений незадовільний рівень гігієни. Індекс Green-Vermillion становив: 87,5% мали добрий показник гігієни, 10%- задовільний стан, у 2,5% студентів відзначився незадовільний стан. Обстеження тривожності показало, що низька реактивність спостерігалася у 20% осіб, помірна реактивність була характерною для 75 % обстежуваних, і тільки у 5 % - надмірно стривожений стан. При зростанні тривожності відмічається зсув рН у кислу сторону. Так, у стані спокою показник рН у 7,5 мали 7,5% обстежених, 7,0 - 35 % пацієнтів, у 57,5% студентів він склав 6,0. Показники ТЕР-тесту свідчать про наступне: 32,5% студентів володіють високою стійкістю емалі до дії кислот, у 57,5% - середній ступінь, 10% мали низький рівень резистентності емалі.

**Висновки.** Отримані результати свідчили про добрий рівень гігієни та високий рівень поширеності карієсу. Реактивність студентів факультету здоров'я помірна, а тривожність висока. З метою запобігання розвитку уражень органів ротової порожнини необхідно оптимізувати психоемоційний стан студентів.

**Summary.** In this work we investigated the state of dental hard tissues of students and also the emotional state of students. The results showed a high level of hygiene and high level of prevalence of caries. The level of anxiety among students is high.

## РОЛЬ СУДОВОЇ СТОМАТОЛОГІЇ В СФЕРІ МЕДИЧНО-ПРАВОВИХ ВІДНОСИН

Старченко В.В., Лісецька І.С.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Мельничук Г.М.

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», Івано-  
Франківськ, Україна

## ROLE OF FORENSIC ODONTOLOGY IN FIELD OF MEDICAL-LEGAL RELATIONS

V.V. Starchenko, I.S. Lisetska

Scientific leader: prof. G.M. Melnychuk

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Актуальність теми.** В останній час у всьому світі значно зросла проблема судової ідентифікації у зв'язку з війнами та ситуацією з незаконною міграцією. Це сприяло розвитку судової медицини, зокрема, судової одонтології.

**Мета дослідження.** Вивчення актуальності розвитку судової стоматології, яка може бути використана у вирішенні питань у сфері медично-правових відносин, визначення можливостей судової одонтології в ідентифікації особи.

**Матеріали та методи дослідження.** Опрацьовано літературу із судової стоматології за 2010-2017 роки з метою вивчення предмету і завдань судової одонтології.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Судова стоматологія дозволяє вирішити багато питань. Важливим є дослідження зубів, оскільки вони є найміцнішою частиною організму і надзвичайно стійкі до фізичного, хімічного і часового впливу. Вивчення стану розвитку зубних рядів, а саме, наявності молочних та постійних зубів, ступінь формування або резорбції коренів дозволяє визначити вік дитини з великою вірогідністю. У деяких випадках успішна ідентифікація можлива навіть при відсутності стоматологічних архівів і базується на наявності прижиттєвої інформації (фотографії в соціальних мережах). Одонтологічна ідентифікація - це швидко, дешево і достовірно.

**Висновки.** Судова стоматологія є невід'ємною частиною сучасної судової медицини і потребує подальшого розвитку та взаємодії судово-медичної служби з одного боку і стоматологічної спільноти - з іншого.

**Summary.** Forensic odontology is important part of forensic medicine and it is used widely during the identification of persons.

## ПАРАФУНКЦІЯ ЖУВАЛЬНИХ М'ЯЗІВ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ

Стецик А. О.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Жеро Наталія Іванівна  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## PARAFUNCTION OF MASTICATORY MUSCLES: CAUSES, DIAGNOSTIC METHODS AND TREATMENT

A.O. Stetsyk

Scientific leader: PhD. N.I. Jero

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Парафункція жувальних м'язів займають особливе місце серед стоматологічних захворювань через велику поширеність, різноманітність клінічної картини, складність діагностики та лікування.

**Мета дослідження.** Дослідити вплив парафункціональної активності жувальних м'язів на тверді тканини зуба та різні види незнімних ортопедичних конструкцій.

**Матеріали та методи дослідження.** Клінічні- для обстеження пацієнтів з парафункцією жувальних м'язів, функціональні- для вимірювання сили скорочення жувальних м'язів, лабораторні- для дослідження деструкції зубних тканин внаслідок парафункціональної активності.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Бруксизм (синоніми: одонтеризм, феномен Кароліні) – черепно-нижньощелепна дисфункція, яка визначається як тотальна парафункціональна активність м'язів, в день та вночі, та проявляється скреготанням, постукуванням чи стисканням зубів, що характеризується різноманітними соматичними порушеннями.

Причини розвитку бруксизму точно не встановлені, однак його поліетіологічна природа не викликає сумнівів

Вважається, що провідну роль в розвитку бруксизму відіграють психо-соціальні особливості поведінки індивідуума та психо-патологічні фактори. Оклюзійні чи анатомічні аномалії прийнято вважати периферичними етіологічними факторами.

Ряд досліджень вказує на прямопропорційну залежність між інтенсивністю бруксизму та психологічними факторами

У зв'язку з провідною роллю центральної нервової системи у етіології бруксизму слід підкреслити, що стоматологічна допомога дозволяє лише скоригувати чи обмежити вплив даної патології на зуби та

жувальний апарат в цілому, покращити зовнішній вигляд та усунути функціональні обмеження, викликані деструкцією зубів.

Лікування можна розділити на 4 етапи: 1) корекція поведінки з урахуванням психо-емоційних особливостей в конкретному випадку; 2) фармакологічна терапія, у вигляді призначення відповідних лікарських засобів; 3) стоматологічне лікування зворотне (малоінвазивне); 4) стоматологічне лікування незворотне (при необхідності оптимізації оклюзії).

**Висновки.** Етіопатогенетичним методом лікування бруксизму буде комплексний підхід, що включатиме в себе ортопедичну реабілітацію пацієнта та терапевтичне використання фармакологічних препаратів.

**Summary.** Bruxism - crano-mandibular dysfunction, defined as a total parafunctional muscle activity at day and at night, manifests in gnashing, tapping or clenching of the teeth, characterized by various somatic disorders. There are two types of bruxism: in a condition of activity and during sleep, but their combination is possible too. It is believed that psycho-social and psycho-pathological factors play the leading role in the development of bruxism. There is a directly proportional dependence between the intensity of bruxism and psychological factors. Provided uncontrolled compression of teeth of the patients with bruxism as a result of violation of the proprioceptive sensitivity a compression strength is 4 times more than normal.

## СТАН РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ У СТУДЕНТІВ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ТА ФАКУЛЬТЕТУ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

У.І. Брецько

Науковий керівник: к.мед.н., доц., М.К. Добровольська  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет,  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## STATE OF THE ORAL CAVITY IN STUDENTS OF DENTAL FACULTY AND FACULTY OF HEALTH

U.I. Bretsko

Scientific leader: PhD., assoc. prof. M.K. Dobrovolska  
Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Здоров'я є головною цінністю як окремої людини, так і суспільства в цілому. А здоров'я студентів, як молодого покоління, повинно завжди залишатися в полі зору науковців. Тому дослідження стоматологічного статусу студентів Ужгородського національного університету є важливим та актуальним.

**Мета дослідження.** Провести аналіз стану ротової порожнини у студентів стоматологічного факультету і факультету здоров'я та фізичного виховання, беручи до уваги вид діяльності та харчування.

**Матеріали та методи дослідження.** Для реалізації мети дослідження було проведено обстеження та анкетування студентів стоматологічного факультету та факультету здоров'я людини (по 40 осіб віком від 17 до 19 років з приблизно рівним співвідношенням обох статей). Стоматологічний статус студентів визначали за індексами і критеріями ВООЗ. Дані реєстрували в модифікованій автором карті обстеження.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За допомогою анкетування та клінічного огляду були отримані наступні результати. Дослідження показало, що поширеність карієсу є майже однаковою на обох факультетах. На стоматологічному факультеті становить 85,5% а на факультеті здоров'я людини – 87%. Переважав поверхневий карієс зубів, з локалізацією на перших та других молярах обох щелеп. Структура КПВ на факультеті здоров'я людини: К- 35; П-180; В-26. У студентів стоматологічного факультету КПВ становило: К-25; П-193; В-16. Індекс гігієни за Федоровим-Володкіною серед студентів стоматологів показав, що у 41% обстежуваних добрий рівень гігієни, у 49% – задовільний, а у 10% – поганий. Результати цього ж індексу у студентів факультету здоров'я були такі: 37% – добра гігієна, 51 % – задовільна, 12% студентів мали погану гігієну. Оцінка стану тканин пародонту за допомогою індексу РМА в модифікації Рагма серед стоматологів: у 23% не виявлено ознак запалення тканин пародонту, 68% мають легкий ступінь гінгівіту, а у 9% – середній ступінь. Результати індексу РМА серед студентів факультету здоров'я: 15% оглянутих не мали ознак гінгівіту, 73% – мали легкий ступінь, 22% середній ступінь гінгівіту. За допомогою анкетування ми дізналися, що більшість опитаних студентів факультету здоров'я дотримуються здорового харчування, а більшість на стоматологічному, віддає перевагу солодким газованим напоям та солодощам. Однак майже кожен студент вказав, що чистить зуби двічі на день, та регулярно відвідує лікаря стоматолога.

**Висновки.** Стан здоров'я ротової порожнини у студентів обох факультетів суттєво не відрізняється. Поширеність карієсу та запальних

захворювань пародонту, а саме гінгівітів – висока. Гігієна ротової порожнини у переважної більшості є доброю. З метою покращення стоматологічного статусу студентів потрібно пропагувати здоровий спосіб життя та харчування, інформувати студентів про методи профілактики, симптоматику та лікування захворювань ротової порожнини.

**Summary.** Oral health of the students of both faculties was not significantly different. The prevalence of caries and inflammatory periodontal diseases, such as gingivitis, are high. Oral hygiene in the vast majority was good. In order to improve the dental status of students there is a need to promote healthy lifestyles and nutrition, and to inform students about methods of prevention, symptoms and treatment of diseases of the oral cavity.

## ПОКРАЩЕННЯ АЛГОРИТМІВ ГРАФІЧНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ ДЕНТАЛЬНОГО ВІКУ СЕРЕД НАРКОЗАЛЕЖНИХ ОСІБ.

Форос А.І.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології, науково-навчальний центр судової  
стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## IMPROVEMENT OF GRAPHICAL ANALYSIS ALGORITHMS FOR DENTAL AGE ESTIMATION AMONG DRUG ADDICTS

A.I. Foros.

Scientific leader: PhD, prof. Y.Y. Kostenko

Department of Prosthetic Dentistry, Scientific and Research Centre of Forensic  
Dentistry

Faculty of Dentistry

Uzhhorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Використання цифрових ортопантограм для дентальної ідентифікації передбачає графічний аналіз рентгенологічних знімків зубо-щелепового апарату для подальшого обрахунку біометричних показників, до яких відносять: довжина зуба,

об'єм пульпової камери, товщина відкладення третинного/вторинного дентину, довжина зони апікальної напівпрозорості. Ці показники являються критеріями змін стоматологічного статусу внаслідок ятрогенних втручань, патологічних та фізіологічних регресійних процесів, впливу соматичних патологій (Kvaal S.I., 2007; Solheim T., 2012). Точність результатів графічного аналізу знижується майже на 48,6% в умовах наявності бруксизму, бруксоманії, кленчингу, каріозних вогнищ, змін пародонту, остеопорозу. Прогресування парафункцій зубо-щелепового апарату та уражень СНЩС, яке має оклюзійно-артикуляційний механізм виникнення у наркозалежних прямопропорційно залежить від важкості групи наркотиків (E. Winocur; G. Volfin, 2001). Вивчення питання змін стоматологічного статусу у наркоманів у європейській судово-медичній практиці виокремлено в окремий розділ судово-стоматологічної токсикології (Pinchi V., 2012; Boyer M., 2015), а об'єктивна оцінка залишається актуальним науково-практичним питанням судово-стоматологічної галузі.

**Мета дослідження.** Розробка методів підвищення якості зображення цифрових ортопантограм з наступним етапом стандартизації характеристик рентгенологічних знімків серед вибірки наркозалежних осіб осіб. Перевірка ефективності використання середньоквадратичних величини та принципів математичних матриць в ході проміжних обрахунків біометричних показників з метою зниження рівня дисперсії похибок отриманих кінцевих результатів ідентифікації дентального віку серед хворих, які приймають наркотичні препарати.

**Матеріали та методи дослідження.** Базу вибірки склали 63 цифрові ортопантограми від пацієнтів наркологічного відділення, які за даними анамнезу систематично приймають наркотичні препарати. За допомогою wavelet-аналізу, алгоритму адаптивного підвищення контрасту, модифікації первинної інтенсивності зображення, та подальшою уніфікацією за показниками масштабу, контрасту, яскравості, кількості піксельних одиниць, показників моди та медіани графічної гістограми проводилась оптимізація якості зображень цифрових ортопантограм. Проведено пошук середньоквадратичних величин з подальшим їх зведенням у математичні матриці, що передбачають пошук середньоарифметичних значень по строках та стовпцях матриці. З метою перевірки усі ортопантограми експериментальної вибірки були паралельно проаналізовані згідно принципів рентгенологічних та морфологічних методик ідентифікації віку особи за стоматологічним статусом без попередньої оптимізації та уніфікації якості зображення, та модифікованих методів математичних обрахунків. Математичний аналіз

та перевірка ефективності здійснювались на основі програмного Microsoft Office Excel 2003 (Microsot Office).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено, що рівень похибок графічного аналізу цифрових ортопантограм в ході реєстрації змін стоматологічного статусу та визначення дентального віку за результатами рентгенологічних досліджень більший у наркозалежних осіб через зміни твердих тканин та пульпи, які носять систематичний характер. Інтенсивність відкладання третинного дентину та дистрофічні зміни пульпової камери у пацієнтів групи вибірки проявили кореляційну залежність із показниками віку та рівнями похибок, отриманими при використанні методики Kvaal et al. В ході дослідження визначено, що використання принципів оптимізації графічного аналізу та модифікації математичних обрахунків підвищило рівень ефективності методик від  $61,42 \pm 2,88\%$  до  $81,36 \pm 2,36\%$  серед пацієнтів, які систематично приймають наркотичні засоби. Отримані результати обґрунтовані прогресуванням процесів вакуолізації та дистрофії пульпи, а також зниженням рівня оклюзійної поверхні збережених зубів внаслідок систематичної дії патологічного чинника протягом тривалого часу (бруксизму) на фоні супутніх змін стоматологічного статусу, характерних для пацієнтів досліджуваної вибірки.

**Висновки.** Ефективність алгоритмів оптимізації графічного аналізу цифрових ортопантограм та модифікації математичних обрахунків підтверджена підвищенням показників ефективності ідентифікації віку модифікованим методом Kvaal et al., що дозволило знизити рівень відносної похибки на 19,94%. При цьому було досягнуто зменшення рівня дисперсії показників та встановивлення існуючих кореляційних залежностей між параметрами дентального віку та депозицією третинного дентину і зниженням рівня оклюзійної поверхні збережених зубів. Принципів оптимізації графічного аналізу та модифікації математичних обрахунків рекомендовано для використання у ході судово-стоматологічної експертизи та ідентифікації осіб, які систематично приймають наркотичні препарати.

**Summary.** Principles of optimized graphical analysis and modified mathematical calculations recommended for use during forensic dental expertise of drug-addict patients.

## АНАЛІЗ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ В РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ

Цоцко Ю.В

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Костенко Є.Я.  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород,  
Україна

## ANALYSIS OF RATIONAL NUTRITION IN DIFFERENT AGE GROUPS

Y.V.Tsotsko

Scientific leader: PhD., prof. Y.Y.Kostenko  
Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** В сучасній стоматологічній галузі до кінця не вирішеним залишається питання оцінки якості надання стоматологічних послуг населенню (Білоклицька Г.Ф., 2011; Самойленко А.В, 2012; Соколова І.І., 2016). Незважаючи на велику кількість існуючих методів оцінки функцій жувального апарату, єдиним об'єктивним показником його ефективності залишається реєстрація ступеня первинної механічної обробки їжі. Але перші динамічні методи визначення жувальної ефективності, що стали класичними втратили свою актуальність через недостатню інформативність та значну трудомісткість (І.В.Токаревич., Ю.Я Наумович).

**Мета дослідження.** Проаналізувати особливості раціону харчування в різних вікових групах з урахуванням індивідуальних особливостей та психосоматики жування.

**Матеріали та методи дослідження.** Шляхом анкетування зрілих осіб віком від 25-35 45-55, 65 -75 років було визначено, що надати адекватну оцінку класичними методами реєстрації жувальної ефективності прийнятої за 100% неможливо без урахування таких критеріїв як: раціон харчування, психосоматика та індивідуальний тип жування. Під час проведення досліджень з вивчення фактичного харчування даного контингенту використовували наступні методи дослідження: анкетно-опитувальний антропометричний, розрахунковий. Порівняння одержаних результатів проводили з „Нормами фізіологічних потреб в основних харчових речовинах та енергії” (Додаток до наказу МОЗ України від 18.11.99 № 272).

**Результати дослідження та їх обговорення.** В процесі обробки антропометричних даних анкет визначено ІМТ чоловіків та жінок різних вікових груп для оцінки енергетичної адекватності харчування. Встановлено, що тільки в 50,2 % обстеженого населення ІМТ був у межах норми, у 12,5 % - низький, що свідчить про енергетичну недостатність харчування, у 25,3 % - підвищений, у 9,7 % - надмірний, що свідчить про ожиріння II – ступеню, у 2,3 % - ожиріння III ступеню. Адекватний ІМТ відмічався в 461 (60,6 %) чоловіків та в 578 (44,0 %) жінок

**Висновки.** Розрахунок об'єму та індивідуального типу жування є необхідними умовами для адекватної оцінки у визначенні ефективності жувального апарату.

**Summary.** Calculation of volume and type of individual chewing necessity is required for adequate assessment during the evaluation of the masticatory apparatus efficiency.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ ФАКТОРІВ ДОВКІЛЛЯ НА  
ЗАХВОРЮВАНІСТЬ КАРІЄСОМ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ВІКОМ ВІД 18  
ДО 24 РОКІВ У М. УЖГОРОД І УЖГОРОДСЬКОМУ РАЙОНІ

Чепара С.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Фера О.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород,  
Україна

FEATURES OF ENVIRONMENTAL FACTORS INFLUENCE ON  
THE INCIDENCE OF TOOTH DECAY AMONG THE POPULATION  
AGED 18 TO 24 IN THE CITY OF UZHGOROD AND UZHGOROD  
DISTRICT

Scientific leader: prof. O.V. Fera

S.V. Chepara

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhorod National University, Uzhorod, Uzhhorod

**Актуальність теми.** На сьогодні карієс зубів є найбільш поширеним стоматологічним захворюванням серед населення України.

Тенденції по розвитку захворюваності залишаються негативними протягом останніх десяти років, у зв'язку з дією ряду несприятливих факторів.

Закарпатська область є ендемічною зоною і характеризується дефіцитом багатьох мікроелементів, які обумовлюють виникнення захворювань, зокрема стоматологічних.

**Мета дослідження.** Визначення зв'язків факторів довкілля із захворюванням на карієс серед населення м. Ужгород і Ужгородського району віком від 18 до 24 років.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено анкетування, аналіз первинної стоматологічної документації та математично-статистичну обробку даних.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У ході досліджень було встановлено зв'язок між розвитком карієсу та факторами, які впливають на нього. У групі чоловіків віком 18-20 років факторами, які найбільш суттєво впливають на виникнення карієсу на підставі розрахованих коефіцієнтів Стьюдента та рангової кореляції Спірмена, являються: дотримання правил особистої гігієни ( $t = 1.98$ ;  $r = 0.93$ ), шкідливі звички ( $t = 1.99$ ;  $r = 0.87$ ), частота чищення зубів ( $t = 2$ ;  $r = 0.97$ ), спадкова схильність до захворювання ( $t = 1.98$ ;  $r = 0.78$ ), рівень прибутку ( $t = 2.25$ ;  $r = 0.67$ ), водопостачання ( $t = 2.35$ ;  $r = 0.77$ ), дотримання правил гігієни ротової порожнини ( $t = 2.23$ ;  $r = 0.91$ )

У групі жінок віком 18-20 років факторами, які найбільше впливають на виникнення карієсу за показниками коефіцієнтів Стьюдента та рангової кореляції Спірмена, являються: розташування житла ( $t = 1.99$ ;  $r = 0.59$ ), частота прийомів їжі ( $t = 2.13$ ;  $r = 0.88$ ), геліометеотропна чутливість ( $t = 2.07$ ;  $r = 0.69$ ), ендемічна зона ( $t = 2.21$ ;  $r = 0.55$ ), дотримання правил особистої гігієни ( $t = 1.98$ ;  $r = 0.73$ ), частота чищення зубів ( $t = 2.71$ ;  $r = 0.95$ ), дотримання правил гігієни ротової порожнини ( $t = 2.36$ ;  $r = 0.84$ )

У групі чоловіків віком 21-24 років факторами, які найбільш суттєво впливають на виникнення карієсу на підставі розрахованих коефіцієнтів Стьюдента та рангової кореляції Спірмена, являються: місце проживання ( $t = 2.33$ ;  $r = 0.67$ ), дотримання правил особистої гігієни ( $t = 2.36$ ;  $r = 0.71$ ), частота чищення зубів ( $t = 2.16$ ;  $r = 0.83$ ), геліометеотропна чутливість ( $t = 2.17$ ;  $r = 0.75$ ), перенесені інфекційні та вірусні захворювання ( $t = 1.99$ ;  $r = 0.74$ ), водопостачання ( $t = 2.27$ ;  $r = 0.51$ ), дотримання правил гігієни ротової порожнини ( $t = 2.19$ ;  $r = 0.87$ )

У групі жінок віком 21-24 років факторами, які найбільше впливають на виникнення карієсу на підставі розрахованих коефіцієнтів

Стюдента та рангової кореляції Спірмена, є: кількість вживаної води протягом дня (  $t = 1.98$ ;  $r = 0,77$ ), тип харчування (  $t = 2.45$ ;  $r = 0.91$ ), частота чищення зубів (  $t = 2.56$ ;  $r = 0,9$ ), спадкова схильність до захворювання на карієс (  $t = 2.31$ ;  $r = 0.67$ ), водопостачання (  $t = 2.24$ ;  $r = 0.61$ ), місце проживання (  $t = 2.13$ ;  $r = 0,54$ ), дотримання правил гігієни ротової порожнини (  $t = 1,99$ ;  $r = 0.93$ )

**Висновки.** Найбільш вагомими факторами по впливу на виникнення та розповсюдження карієсу являються: недотримання правил особистої гігієни (  $t = 2.36$ ;  $r = 0.71$ ), спадкова схильність (  $t = 2.31$ ;  $r = 0.67$ ), частота чищення зубів (  $t = 2.56$ ;  $r = 0,9$ ), недотримання правил гігієни ротової порожнини (  $t = 2,19$ ;  $r = 0.87$ ), шкідливі звички (  $t = 1.99$ ;  $r = 0,95$ ), вид водопостачання (  $t = 2.24$ ;  $r = 0.61$ ). Встановлено також фактори, які не мають суттєвого впливу або взагалі не впливають на розвиток: контакт із ґрунтом (  $t = 0,61$ ;  $r = 0.18$ ), кількість вживаної води (  $t = 1,3$ ;  $r = 0,2$ ), наявність домашніх тварин (  $t = 0,88$ ;  $r = 0,3$ ), тривалість сну (  $t = 0.7$ ;  $r = 0.1$ )

**Summary.** Based on the study of environmental factors and patterns of their impact on the development of caries process, we received data on the spread of tooth decay among the population of Uzhgorod and Uzhgorod district. Analysis of the survey and mathematical-statistical analysis made it possible to identify the factors that have the most significant effect on the occurrence and development of caries, non personal hygiene, genetic predisposition, frequency of tooth brushing, failure to oral hygiene, bad habits, type of water.

## ЗАЛЕЖНІСТЬ МІЖ СОМАТОТИПОМ ЛЮДИНИ ТА ПОТРЕБОЮ В ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ СЕРЕД МОЛОДІ.

Шешуков Д.В.

Науковий керівник д.мед.н. проф. Смаглюк Л.В

Кафедра ортодонції, стоматологічний факультет

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава,

Україна

## THE RELATIONSHIP BETWEEN SOMATOTYPE AND THE HUMAN NEED FOR ORTHODONTIC TREATMENT AMONG YOUNG PEOPLE.

**Актуальність теми.** Основними традиційними причинами для обґрунтування необхідності надання ортодонтичного лікування є: I - поліпшення функціонування зубощелепної системи, II - поліпшення стану в порожнині рота або здоров'я зубів і III - поліпшення для особи або стоматологічної естетики. В епоху доказової ортодонтії, проте, важко обґрунтувати лікування, засноване на поліпшення орального або стоматологічного здоров'я для більшості ортодонтичних пацієнтів (Burden, 2007; Vollen, 2008). Індекс потреби у ортодонтичному лікуванні є формою індексу оклюзійного і використовується для пріоритетів у необхідність лікування. Його використання дозволяє мінімізувати суб'єктивність, пов'язану з діагностикою, перебігом та складністю оцінки ортодонтичного лікування.

Важливим завданням для сучасних лікарів-ортодонтів є потреба чітко усвідомлювати тяжкість зубо-щелепної патології в залежності від індивідуально-типологічні характеристик будови тіла людини. Визначення таких взаємозв'язків дозволить прогнозувати можливі труднощі в лікуванні .

**Мета дослідження.** Визначити залежність між соматотипом людини та необхідністю в ортодонтичному лікуванні серед молоді.

**Матеріали та методи дослідження.** У клінічне дослідження було включено 176 студентів віком 18-24 роки, середній вік обстежених складав 21,3±2,3 роки, серед них було 92 особи чоловічої та 84- жіночої статі.

Використовуючи дані антропометричного дослідження (зріст, вага, поперековий діаметр грудної клітини тощо), визначали конституціональний тип чоловіків та жінок за індексом L.Rees-H.J.Eisenk, 1945.

Для оцінки необхідності в ортодонтичному лікуванні використовували індекс IOTN (Index of Orthodontic Treatment Need, 1987), який складається з 2 компонентів: естетичного та дентального. На основі цих компонентів виділяють 5 ступенів вираженості патології оклюзії. Статистична обробка проводилася за методом Student- Fischer(1908).

**Результати дослідження та їх обговорення.** В залежності від величини індексу L.Rees-H.J.Eisenk, 1945, всі обстежені незалежно від статі розподілились на три соматотипи: гіперстенічний (індекс менше 96),

нормостенічний (від 96 до 106) та астенічний (величина індексу більше 106).

Згідно результатів обстеження, 47,7% обстежених мали нормостенічну будову тіла, 26,7% - астенічну будову тіла, а 25,6% - гіперстенічну будову тіла. Щодо потреби в ортодонтичному лікуванні, то 35,2% обстежених не потребували ортодонтичного лікування, а легкий ступінь визначено у 43,8%, переважно нормостеніків. Середній ступінь потреби за індексом IOTN визначено у 14,7%, високий ступінь - 6,3% обстежених, переважно астенічного типу.

**Висновки.** Визначено, що серед обстежених, які не потребували ортодонтичного лікування та з легким ступенем потреби превалював нормостенічний соматотип. У обстежених з середнім та високим ступенем потреби превалював астенічний соматотип. Визначення зв'язків між соматотипом пацієнта та потребою в ортодонтичному лікуванні може мати прогностичну цінність при плануванні лікування та стати у нагоді при складанні програм профілактики стоматологічних захворювань.

**Summary.** An important task of modern medical orthodontists is a need to clearly understand the gravity of the teeth-jaw pathology depending on individual typological characteristics of the structure of the human body. Among surveyed 176 people aged 18-24 years, 47.7% had normosthenic body structure, 26.7% - asthenic body structure, and 25.6% - hypersthenic body structure. Regarding the need for orthodontic treatment, 35.2% of the patients did not need orthodontic treatment, and mild identified in 43.8%, preferably normosthenic. Average grade index IOTN was identified in 14.7%, high among 6.3% of the patients, predominantly of asthenic type.

ВДОСКОНАЛЕННЯ РОЗБІРНОЇ КУКСО-КОРЕНЕВОЇ ВКЛАДКИ У  
БАГАТОКОРЕНЕВИХ ЗУБАХ

Шинкарук Б.В. Пілійчук М.І

Науковий керівник: ас. Изай М. Е., к.мед.н,доц. Палійчук В.І.  
Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород,  
Україна

IMPROVEMENT OF SECTIONAL TAB ROOT INLAY-CORE IN  
MULTIROOTED TOOTH

Shynkaruk B.V., Piliychuk M. I.

Scientific leader: asst. Izay M.E., PhD. Paliychuk V. I.

**Актуальність теми.** До сьогодні важливим питанням ортопедичної стоматології залишається протезування хворих із зруйнованими коронковими частинами зуба з використанням різних методів стоматологічного лікування. Відновлення коронкової частини зуба за допомогою куксо-кореневої вкладки дозволяє максимально зберегти корені багатокорневих зубів, забезпечує високу ефективність та довговічність обраної ортопедичної конструкції. У наш час ортопедичні та терапевтичні методи відновлення зруйнованої коронкової частини зуба не є досконалими, що і обґрунтовує актуальність даної проблеми.

**Мета дослідження.** Вдосконалення методу виготовлення куксо-корневих розбірних вкладок, шляхом використання суцільнолитих захисних пластинок із штифтами які фіксуються на направляючий стержень. Відтворити дану конструкцію на експериментальних моделях та перевірити ефективність вдосконаленої методики.

**Матеріали та методи дослідження.** Для виготовлення даної конструкції можливе використання срібно-паладієвих, кобальто-нікелевих, кобальто-хром-нікелевих то кобальто-хромових.

**Результати дослідження та їх обговорення.** На 5 експериментальних моделях ми теоретично обґрунтувати куксо-кореневу розбірну вкладку для відновлення жувальної ефективності бічних зубів. Нами було запропоновано удосконалене виготовлення куксової вкладки, яка відрізняється тим, що вона розбірна, містить направляючий стержень, який дає змогу поставити вкладку у правильне положення і має свою послідовність введення у канали. Виготовлення такої вкладки проводиться загальноприйнятою методикою, проте вона складається із 2-3 пластинок з отворами, у яких направляючий стержень входить у першу і другу пластину. На експериментальних моделях дана конструкція більш точно відновлює культю зуба та сприяє точнішому введенню її у канали. На даній вкладці можна створювати додаткові ретенційні пункти (бісер, петлі, насічки) на коронковій частині вкладки для естетичного вигляду. Після чого вона не потребує покриття коронкою. Дана конструкція може бути застосована у практичній медицині, тому що вона є легкою у виготовленні, естетичною та міцною.

**Висновки.** Таким чином, дана конструкція дозволяє максимально зберегти корені багатокорневих зубів із зруйнованою коронковою частиною. Запропонований метод продемонстрував свою ефективність у

клінічних та експериментальних умовах, тому може бути рекомендований для виготовлення куксо-кореневих вкладок для багатокореневих зубів.

**Summary.** Scientific work contains information about improvement technology for manufacturing dismountable stump inlay. Presented method describes improved manufacturing of sectional dental tab.

## ПОТЕНЦІЙНА ЦІННІСТЬ ДОСВІДУ РЕСПУБЛІКИ СЛОВАЧЧИНА В РЕФОРМУВАННІ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДЛЯ УКРАЇНИ

Ю.О. Мочалов, к.мед.н., доц.; А.В. Сабов

Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## THE POTENTIAL VALUE OF EXPERIENCE OF THE SLOVAK REPUBLIC IN THE REFORM OF DENTAL CARE FOR UKRAINE

I.O. Mochalov, PhD, Doc.; A.V. Sabov

Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and Onco-Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Вступ.** Проведення реформи галузі охорони здоров'я в Україні є непростю проблемою протягом останніх 20 років. Цілий комплекс причин і умов — несприятлива економічна ситуація, застаріла матеріально-технічна база, нераціональна бюджетна політика, зарегульований та зорієнтований на отримання надприбутків фармацевтичний ринок, нелогічна структура мережі лікувально-профілактичних закладів та відповідне їм кадрове забезпечення сьогодні, - вивело проблему галузі охорони здоров'я на загальнодержавний мульти-аспектований рівень. На поточний момент, українська система охорони здоров'я не здатна виконувати свої функції за призначенням, доступність багатьох видів лікувально-діагностичної допомоги для населення знижена, вартість медикаментозної частини лікування є завищеною і недоступною для переважних верств населення країни.

**Досвід Республіки Словаччина.** В проведенні реформування доцільним і корисним може бути досвід подібної роботи сусідніх країн, оскільки доволі часто такі країни мали подібні вихідні умови для проведення реформування охорони здоров'я та державної політики у

зазначеній галузі. Доволі цікавим є досвід Словаччини, західного сусіда України.

Словаччина є повноправним членом Європейського Союзу (ЄС), це країна зі швидким розвитком економіки та соціального забезпечення, і незважаючи на вже тривалий час перебування Словаччини у складі ЄС, медичне забезпечення громадян є успішним і відповідає вимогам Європейської спільноти, система охорони здоров'я має ряд проблемних моментів, які і досі чинять несприятливий вплив на її роботу і існування.

Із кінця дев'яностих у Словаччині розпочалася побудова страхової моделі медичного забезпечення населення. В основу організації системи охорони здоров'я був покладений принцип керованої конкуренції, що передбачав свободу ринкових відносин при можливості суворого контролю (мінімальні вимоги до мережі, критерії фінансової стійкості, ліцензування). Така модель була одночасно орієнтована і на досягнення суспільних цілей за допомогою створення адекватних стимулів для учасників ринку в сфері охорони здоров'я. 2006 року уряд Р. Фіцо змінив парадигму розвитку системи охорони здоров'я. Ринкові реформи в галузі і принцип особистої відповідальності пацієнта були визнані неактуальними. Замість них був проголошений принцип більшої участі держави в охороні здоров'я та її більшої відповідальності за здоров'я своїх громадян. Тому багато ринкових процесів впливають на словацьку систему охорони здоров'я не в повній мірі.

Стосовно стоматологічної галузі, то особливо позитивним досягненням словацької охорони здоров'я можна вважати виділення в окрему спеціальність такого напрямку як «Дентальна гігієна», що відноситься до середнього медичного персоналу.

Фінансування стоматологічної допомоги дітям забезпечується із системи загальнообов'язкового медичного страхування населення, яка покриває страховим захистом всіх громадян Словацької Республіки та іноземців і осіб без громадянства, які постійно проживають на території країни. Програма страхування передбачає безоплатне проведення періодичних профілактичних оглядів для дітей і вагітних жінок, безоплатну санацію для визначених категорій громадян. Статистика профілактичних стоматологічних оглядів, які охоплюють майже все населення країни, і є одним із визначальних заходів стоматологічної профілактики і контролю стоматологічного статусу показує динамічне зниження показників стоматологічної захворюваності серед дитячого населення Словаччини. Незважаючи на спрощення системи надання стоматологічної допомоги населенню в Словаччині та перехід на принципи «сімейної (загальної) стоматології», в поєднанні зусиль із

зубними гігієністами, стоматологам країни вдалося якісно і кількісно зменшити захворюваність карієсом зубів серед дитячого населення. Впровадження гігієнічного навчання дітей з організованих дитячих колективів, дорослих пацієнтів та педагогічних працівників. Обсяги проведення консультацій з дентальної гігієни та гігієнічного навчання (основні і найбільш ефективні заходи в профілактиці карієсу та захворювань пародонта) вражають — в рік понад 650 тисяч випадків (і це на 5,4 мільйони всього населення країни).

**Висновки.** Отже, Словаччина із кінця 90-х почала розвивати страхову модель медичного забезпечення. Незважаючи на спрощення системи надання стоматологічної допомоги населенню в Словаччині та перехід на принципи «сімейної (загальної) стоматології», в поєднанні зусиль із зубними гігієністами, стоматологам країни вдалося якісно і кількісно зменшити захворюваність карієсом зубів серед дитячого населення та стабілізувати ситуацію у дорослих.

**Summary.** Implementation of health sector reform in Ukraine is a difficult problem for the past 20 years. Slovakia from the late 90's began to develop insurance model in national health care system. Despite the simplification of the provision of dental care in Slovakia and the transition to the principles of «Family (General) Dentistry», combined efforts of dental hygienists and dentists help to qualitatively and quantitatively reduce and stabilize the incidence of dental caries among children and adults.

## СУЧАСНІ МЕТОДИ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ГЕМАНГІОМ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Ю.О. Мочалов, к.мед.н., доц.; Р.Р. Шкерта

Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та  
онкостоматології

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## MODERN METHODS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF HEMANGIOMAS IN MAXILLOFACIAL AREA

I.O. Mochalov, PhD, Doc.; R.R. Shkerta

Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and Onco-Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Вступ.** Гемангіоми м'яких тканин та кісток ЩЛД на сьогодні є актуальною проблемою практичної і теоретичної медицини. Вони є поширеним доброякісним новоутворенням, котре виявляється, одразу після народження, і на думку ряду дослідників, зустрічається серед доношених новонароджених із частотою від 1,1–2,6% до 10-12%. Гемангіоми обличчя для дітей несуть ризик подальшого росту, спотворення обличчя, також вони потребують тривалого комплексного лікування, яке може самостійно викликати негативні наслідки, як то вторинні рубцеві деформації м'яких тканин, деформації кісток лицевого черепа, вторинні адентії, тощо. Тому особливої уваги заслуговують консервативні методи лікування гемангіом тканин щелепно-лицевої ділянки.

**Механізми росту гемангіом та методи лікування.** Сьогодні, провідним механізмом утворення та росту судинних пухлин вважають порушення регуляції продукції VEGF – фактора росту ендотелію судин, який є провідним у процесі росту судин. Цей фактор виступає основною мішенню консервативних лікувальних впливів. Основні групи препаратів для консервативного лікування гемангіом включають в себе синтетичні глюкокортикоїди, селективні та неселективні бета-адреноблокатори.

**Глюкокортикоїди.** Останні особливо ефективні в фазу ранньої проліферації при високому рівні VEGF, що є головною мішенню для стероїдів. Вони гальмують ріст пухлини і зменшують її розміри. Окрім того, вони володіють імуносупресивним ефектом, а також зменшують інтенсивність росту і відновлення тканини людського організму. Побічні дії преднізолону (основний препарат, який застосовують для терапії гемангіом) досить значні, вони виникають практично з боку всіх органів і систем — ураження ендокринної системи, порушення метаболізму мінералів, ураження травної системи, розлади психіки, порушення гемостазу, зниження опірних властивостей природних захисних бар'єрів та ін.

**Неселективні і селективні бета-адреноблокатори.** Із зазначеної групи препаратів застосовується анаприлін (обзидан), метопролол, пропранолол. Основним механізмом впливу таких препаратів вважають зниження експресії VEGF. Поряд із тим, бета-адреноблокатори впливають на пухлину і іншим чином — вони викликають стабільне звуження судин в пухлині за допомогою інгібування синтезу і вивільнення монооксиду азоту (NO), чим знижують інтенсивність обміну речовин в тканині та індукують апоптоз. Також, бета-адреноблокатори викликають стійкі порушення в системі обміну матричних металопротеїназ (ММП), зокрема

ММП-2 і ММП-9, чим сповільнюють розвиток судинних пухлин та запускають механізми їх інволюції.

На сьогодні, перелічені методики лікування гемангіом перебувають на стадії дослідження. Протоколи лікування, вікове дозування, показання, протипоказання до застосування уточнюються. Проте кількість спостережень позитивного ефекту такої терапії зростає.

**Висновки.** Отже, гемангіоми м'яких тканин і кісток щелепно-лицевої ділянки є актуальною проблемою для галузі охорони здоров'я. Продовжуються пошуки надійних, доступних і безпечних методів їх лікування. Гормонотерапія та використання селективних і неселективних бета-адреноблокаторів є перспективним напрямком розвитку технології лікування судинних пухлин та інших новоутворень, які перебувають на стадії розробки й апробації.

**Summary.** Nowadays, hemangiomas soft tissues and bones in maxillofacial area are the urgent problem of practical and theoretical medicine. Different centers and laboratories conduct searching of reliable, affordable and safe methods of their treatment. Hormone and selective and non-selective beta-adrenoblockers are promising areas of technology treatment of vascular tumors and other tumors that are staying under development and testing now.

## ОПТИЧНА СУМІСНІСТЬ ВІДНОВЛЮВАЛЬНИХ МАТЕРІАЛІВ З ТКАНИНАМИ ЗУБА ПІД ДІЄЮ УЛЬТРАФІОЛЕТОВОГО ОСВІТЛЕННЯ

Тарасюк Я.М.

Науковий керівник: к. мед. н., доц. Дидик Н. М.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет  
Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
Львів, Україна

## OPTICAL COMPATIBILITY OF RESTORATIVE MATERIALS WITH HARD TISSUES OF TOOTH UNDER THE ULTRAVIOLET LIGHT

Y.M. Tarasyuk

Scientific leader: PhD., assoc. prof. N.M. Dydyk N. M.

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Основним параметром сприйняття усмішки є її естетична привабливість і оптична цілісність. Відповідність відтінку

реставрації тканинам зуба за умов денного природного освітлення може змінюватись при освітленні зубних рядів різними типами штучних джерел світла, зокрема білого, ультрафіолетового, сценічного тощо.

Важливо знати, що в ультрафіолетовому освітленні багато речей змінюють своє забарвлення. Сучасні реставрації виглядають ідентично природнім зубам при денному освітленні. Проте часто такі відновлені зуби при ультрафіолетовому освітленні мають надяскраве світіння або оптично випадають з поля зору у вигляді чорних плям, які порушують естетичний вигляд. Це відбувається завдяки флюоресценції.

Флуоресценція - це здатність предмета ревіпромінювати, світло що потрапило на поверхню з іншою довжиною хвилі. Максимальну флуоресценцію має білковий шар між дентином і емаллю, потім дентин і, нарешті, у незначному ступені флуоресценцію має емаль.

Будь-який відновлюваний матеріал має флуоресцентні властивості, які не завжди відповідають флуоресценції кольору тканин зуба. Таким чином невдало підібраний матеріал для відновлення дефекту зубного ряду.

Ступінь флуоресценції можна виявити відразу ж після завершення реставрації, але для цього потрібно лампа з ультрафіолетовим компонентом. Такий простий метод дає змогу визначити оптичну відповідність між зубом і оцінюваним матеріалом та запобігти оптичних дефектів.

**Мета дослідження.** Встановити оптичну відповідність матеріалів для відновлення зубів та природних зубів в ультрафіолетовому випромінюванні.

**Матеріали та методи дослідження.** Досліджували такі групи матеріалів: композити хімічного твердіння на основі акрилових полімерів для виготовлення тимчасових коронок Protemp 2 (3M) ручного замішування, Protemp 4 (3M), Visalys Temp (Kettenbach) автоматичного замішування; фотополімерні наногібридні композити TetricN-Ceram (Ivoclar Vivadent) та Empress (Ivoclar Vivadent); керамічні маси Initial (GC), E-MAX (Ivoclar Vivadent); Zirkon Prettau CAD/CAM 95H12 (Zirkonzahn).

Для проведення експерименту було виготовлено диски однакового розміру діаметром 0.8 см та товщиною 0.5 см з кожного композитного матеріалу, а також досліджувались керамічні та цирконієві коронки, які одночасно розмістили на темному не флуоресцентному тлі з підписом для кожного зразка. Дослідження проводилось у повністю затемненій кімнаті. Під дією світлового потоку 590 Лм ультрафіолетових променів, які падали під кутом 90<sup>0</sup> до поверхні зразка, виникало явище флуоресценції, яке фотодokumentували. По отриманих фотографіях візуально визначали

оптичну градацію зразків - від найсвітлішого до найтемнішого, в порівнянні з контрольним зразком видаленого неушкодженого зуба.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати проведених досліджень засвідчили, що всі матеріали - як акрилові композити, так і наногібридні композити, демонстрували флуоресцентні властивості при потраплянні ультрафіолетового світла. Серед досліджуваних матеріалів флуоресценцію, яка найбільше відповідала кольору тканин зуба, мав зразок VisalysTemp (Kettenbach). Далі, в порядку зменшення проявів флуоресценції розташувались зразки Protemp 4 (3M), Protemp 2(3M), зразки композитів TetricN-Ceram (Ivoclar Vivadent), Empress (Ivoclar Vivadent).

Метало-керамічна коронка Initial (GC) та коронка з прес-кераміки E-MAX (Ivoclar Vivadent); мали флуоресценцію, яка найбільше відповідала кольору тканин зуба.

**Висновки.** Оптичні властивості відновлюваних матеріалів необхідно враховувати для отримання максимально естетичного результату і отримання оптичної цілісності зубного ряду при різних видах освітлення. Простий метод освітлення джерелом ультрафіолетових променів дає змогу визначити оптичну градацію між зубом і оцінюваним матеріалом.

**Summary.** Optical properties of restorative materials must be considered for maximum aesthetic result and achieving optical integrity of teeth in various types of light. A simple method of light containing ultraviolet rays makes possible to identify optical gradation between the tooth and the evaluative material.

## АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПРОВЕДЕННЯ ПРОТИПУХЛИННОЇ ХІМІОТЕРАПІЇ НА СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ПАЦІЄНТІВ З ЛОКАЛІЗАЦІЄЮ НЕОПЛАСТИЧНОГО ПРОЦЕСУ В ШЛУНКОВО-КИШКОВОМУ ТРАКТІ

Вовчанська С.В.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Жеро Наталія Іванівна  
Кафедра хірургічної стоматології, ЩЛХ та онкостоматології,  
стоматологічний факультет

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

THE ANALYSIS OF CHEMOTHERAPY INFLUENCE ON THE DENTAL  
STATUS OF PATIENTS WITH GASTRO-INTESTINAL CANCER

**Актуальність теми.** Висока інцидентність захворювань на неопластичні зляжкісні процеси, їхнє подальше лікування променевою терапією, адьювантною поліхіміотерапією індукує прояв негативних побічних ефектів зі сторони всіх систем організму. Зокрема, особливо часто негативні наслідки спостерігаються в ротовій порожнині пацієнтів, що ускладнює не тільки сам процес лікування, а і можливість на повноцінне життя. Недостатньо досліджені зв'язки між неопластичними процесами у шлунково-кишковому тракті, та змінами у пародонті та слизовій оболонці ротової порожнини при проведенні хіміотерапії.

**Мета дослідження.** Провести оцінку стану пародонту і рівень ураження слизової оболонки порожнини рота (СОПР) в онкологічних хворих з локалізацією неопластичного процесу в шлунково-кишковому тракті (ШКТ), а також проаналізувати місцеву резистентність і реактивність органів і тканин ротової порожнини внаслідок змін гуморального та клітинного імунітету після спеціального лікування. Також проаналізувати рівень гігієнічної освіченості пацієнтів даної групи.

**Матеріали та методи дослідження.** Було проведено скринінг 29 онкологічно хворих пацієнтів із зляжкісним новоутворенням у ШКТ (18 жінок і 11 чоловіків) на ураження порожнини рота під час адьювантної поліхіміотерапії. Для оцінки стану порожнини рота (ПР) було використано гігієнічний індекс Silness-Loe, а пародонту за допомогою парадонтального індекса СРІ. Проводився скринінг уражень СОПР за допомогою суб'єктивних даних пацієнтів і об'єктивного огляду ПР.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Гігієнічний індекс Silness-Loe серед оглянутих пацієнтів становив  $1.28 \pm 0.11$ , а парадонтальний індекс СРІ -  $1.45 \pm 0.11$ . Ураження СОПР, а саме мукозит, спостерігався у 58,6 % випадків (17 хворих), що супроводжувалось запаленням СОПР, запаленням і кровоточивістю ясен, зміни смакових відчуттів, а наявність ерозій під час обстеження або в анамнезі спостерігалось у 31% (9 хворих). У 51,7% (16 пацієнтів) спостерігались дисфункція слинних залоз, скарги поступали саме на відчуття спраги, сухості в порожнині рота, візуально спостерігалась піноподібна слина, що вказує на збільшення густини вироблюваних слинними залозами секрету. Ураження червоної облямівки губ спостерігалось у 62% (18 пацієнтів): були наявні тріщини в кутиках рота, сухість губ, візуально набряк губ,

наявність висипання, зокрема, рогових лусочок епідермісу, тріщини в куточках рота.

**Висновки.** З аналізу клініко-анамнестичних даних обстежених хворих впливає, що наявність патологічного процесу в пародонті, ураження СОПР, а також червоної кайми губ у онкологічних хворих на етапі адьювантної хіміотерапії становить значний відсоток негативних побічних явищ, що потребує профілактики даних захворювань і складання спеціального протоколу лікування. Даних пацієнтів необхідно навчати правилам гігієнічного догляду за порожниною рота, що має кореляційних зв'язок із подальшими ураженнями внаслідок хіміотерапевтичного лікування.

**Summary.** The analysis of the clinical manifestation and anamnesis of the patients shows that the chemotherapy in patients with gastrointestinal cancer leads to severe damages, such as xerostomia, mucositis, appearance of ulcers with different level of severity. That needs different measures to prevent them and to make the special protocol of treatment of this illness. Also is necessary to improve level of hygiene education in this type of patients.

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРУВАННЯ ЗУБІВ ПІД МЕТАЛОКЕРАМІЧНІ КОРОНКИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ НАЙБІЛЬШ ОПТИМАЛЬНОГО ВАРІАНТУ

Гелетей В.В., Негря А.В., Сливар Н.О., Фогел Е.В.

Науковий керівник: Бокоч А.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет,  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF TEETH PREPARATION FOR METAL-CERAMIC CROWS AND DEFINITION OF THE BEST OPTION

V.V. Heletei, A.V. Nehrya, N.O. Slivar, E.W. Fogel

Scientific leader: A.V. Bokoch

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Сучасні потреби населення в протезуванні незнімними конструкціями зубних протезів становлять від 50 до 84% від загальної кількості хворих, які звернулися в клініку ортопедичної стоматології. Тому зубне протезування розглядається не тільки як засіб відновлення анатомічної форми і функції жувального апарату, але і як

засіб, що може застерегти розвиток патологічних процесів у порожнині рота та порушення функції інших органів.

Одним із найпоширеніших методів зубного протезування є виготовлення незнімних конструкцій зубних протезів. Це обумовлено рядом їх переваг перед знімними зубними протезами, а саме відновлення жувальної ефективності майже на 100%, невеликі розміри протезів, незначне порушення смакової, температурної та тактильної чутливості в порожнині рота. Це дозволяє за короткий термін не тільки відновити естетичні норми, а й функції зубощелепної системи. Крім того, психологічна та функціональна адаптація до незнімних протезів наступає у пацієнтів значно швидше. Однак, виготовлення таких протезів потребує глибокого препарування опорних зубів, що супроводжується значною втратою твердих тканин коронкової частини зуба від 63% до 72%. Під час препарування на зуби діють травмуючі фактори температура, вібрація тощо. Це нерідко призводить до розвитку ускладнень, які складають від 2,8% до 11,7 %, саме тому не викликає сумнівів про доцільність визначення найбільш оптимального варіанту препарування зубів під штучні коронки.

**Мета дослідження.** Підвищити ефективність ортопедичного лікування стоматологічних хворих незнімними конструкціями зубних протезів, які потребують глибокого препарування опорних зубів, шляхом визначення найбільш оптимального варіанту препарування зубів під металокерамічні коронки та зменшення кількості безпосередніх і віддалених ускладнень.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами було проаналізовано різні методики препарування зуба за такими критеріями: швидкість, доступність, склад набору, малоінвазивність, біологічна сумісність. Доступність та біологічну сумісність оцінювали за 10-ти бальною шкалою. Для аналізу було взято такі види препарування: 1. Традиційне препарування зубів; 2. Препарування зубів за Купером; 3. Препарування зубів за Diafutur; 4. Двохплощинне препарування зубів за Кувата.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У ході дослідження було створено таблиці в яких зображені кращі і сильні сторони кожного виду препарування. Під час експерименту нами було відпрепаровано по 5 зубів кожним набором та відповідною методикою під однакові металокерамічні коронки. Також нами створена порівняльна таблиця, де були внесені дані експерименту.

Вид	Швидк	Досту	Склад	Малоінв	Біолог
-----	-------	-------	-------	---------	--------

	препарування зубів під металокерамічні коронки	кількість (хв.)	кількість	набору	кількість, редукація жувальної поверхні (мм)	кінцева сумісність
1	Традиційне препарування зубів	40 (10 етапів)	8/10	Мінімум 4 бори: - Тонкий конічний бор; - Циліндричний алмазний бор; - Торпедовидний бор; - Сочевицеподібний бор.	1,6±0,5	4/10
2	Препарування зубів за Купером;	25 (6 етапів)	3/10	8 борів: - 3 боримаркери; - Фісурний бор з неабразивним кінцем; - Фісурний бор; - Сочевицеподібний бор; - 2 торцевих бори.	1,2±0,3	8/10
3	Препарування зубів за Diafutur;	20 (4 етапи)	6/10	5 борів: - Сепараційн	1,5±0,4	4/10

				ий бор з неабразивни м кінцем; - Кулястий бор; - 2 фісурні бори з неабразивни ми кінцями - Фісурний бор з червоним маркування м.		
4	Двохплощин не препаруванн я зубів за Кувата.	20 (3 етапи)	9/10	Мінімум 3 бори: - Фісурний бор; - Циліндричн ий алмазний бор; - Фісурний бор з червоним маркування м.	1,9±0,4	5/10

**Висновки.** У нашому науковому дослідженні ми можемо стверджувати (на основі проведеного нами експерименту), що найбільш оптимальним варіантом препарування зубів під металокерамічні коронки є метод двохплощинного препарування, за автором Кувата (Kuwata). Саме цей метод має одні з кращих характеристик.

Переваги даного методу:

- Створюється достатній простір для виготовлення естетичної коронки;
- Зберігаються тверді тканини зуба, шадне препарування;
- Створюється більш ретенційна форма культі, за рахунок меншої конусності в нижній і середній третинах;

- Виникає менше сколів кераміки коронки, через геометрію культі і каркасу.

**Summary.** The best option of teeth preparation for metal-ceramic crowns is preparation teeth using biplanar method.

ВПЛИВ СВІТЛОДІОДНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ НА  
АНТИБІОТИКОЧУТЛИВІСТЬ ФАКУЛЬТАТИВНО АНАЕРОБНОЇ  
МІКРОФЛОРИ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ  
ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ II-III СТУПЕНІВ

Данко Е. М.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Костенко Євген Якович  
Кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород,  
Україна

THE IMPACT OF LED RADIATION ON SENSITIVITY OF  
ANTIBIOTICS OF FACULTATIVE ANAEROBIC MICROORGANISMS  
OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH CHRONIC GENERALIZED  
PERIODONTITIS WITH II-III LEVELS OF SEVERITY

E.M. Danko

Scientific leader: prof. Y.Y. Kostenko  
Department of Preventive Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Антибіотикорезистентність основних збудників інфекційних захворювань є однією з найбільших проблем сучасної медицини. Стійкість до протимікробних препаратів ставить під загрозу ефективну профілактику та лікування зростаючої кількості інфекцій, викликаних бактеріями, паразитами, вірусами та грибами.

Зростаючі темпи набуття та поширення стійкості мікроорганізмів до загальноновживаних лікарських засобів погіршують результати лікування, зокрема хронічного генералізованого пародонтиту. Стрімкий розвиток даного захворювання становить значну соціальну і загальномедичну проблему, оскільки призводить до зниження функціональних можливостей зубо-щелепної системи, є однією з головних причин втрати зубів, справляє негативний вплив на всі органи та системи організму.

Тому актуальним є питання пошуку комплексного лікування із застосуванням сучасних альтернативних методів, серед яких одним з найбільш перспективних є використання немедикаментозних засобів, зокрема світлодіодного випромінювання.

**Мета дослідження.** Дослідити безпосередній вплив світлодіодного випромінювання різних довжин хвиль та частот на антибіотикочутливість умовно-патогенних мікроорганізмів, висіяних у хворих на хронічний генералізований пародонтит II та III ступенів.

**Матеріали та методи дослідження.** Досліджено вплив світлодіодного випромінювання на чутливість до протимікробних препаратів клінічних ізолятів *Staphylococcus aureus* та *Candida albicans*, висіяних із ясенних кишень 11 хворих на хронічний генералізований пародонтит II-III ступенів, які перебували на лікуванні в Закарпатській обласній стоматологічній поліклініці, а також колекційного тест-штаму *Staphylococcus aureus* ATCC 25923.

Джерелами світлодіодного випромінювання червоно-інфрачервоного та синьо-інфрачервоного діапазонів та слугували сертифіковані медичні апарати, відповідно, Medolight-red та Medolight-Blu-dos виробництва Biotron light therapy system by Zepter Group.

Для дослідження впливу випромінювання на антибіотикочутливість мікроорганізмів використовували диско-дифузійний метод, згідно чинних вимог. Опромінення завису мікроорганізмів здійснювали в чашках Петрі з подальшим накладанням стандартних комерційних дисків з антибіотиками. Отримані результати порівнювали з контрольними – неопроміненими – культурами. Окремими серіями досліджували вплив світлодіодного випромінювання різних довжин хвиль, експозицій та частот.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Встановлено суттєве підвищення чутливості виділених клінічних ізолятів *S. aureus* та колекційного штаму *S. aureus* ATCC 25923 до більшості досліджених антибіотиків після опромінення світлодіодним випромінюванням. Найбільш виражений фотомодифікуючий вплив спостерігали при використанні світла синьо-інфрачервоного діапазону з експозицією 5 хвилин та частотою 0 Гц.

Так, 5-хвилинне опромінення штаму *S. aureus* ATCC 25923 світлодіодним випромінюванням синьо-інфрачервоного діапазону з частотами 0, 10, 600, 3000 та 8000 Гц збільшувало його чутливість до ампіциліну та оксациліну на 12-23,5%.

Слід відзначити також, що після використання світлодіодного випромінювання з експозицією 5 хв спостерігали підвищення чутливості

досліджуваних ізолятів *S. aureus* і до таких антибіотиків, як цефотаксим, меропонем та рифампіцин на 6,5-12 %.

Разом з тим безпосередній вплив світлодіодного випромінювання апаратів Medolight не зумовлював підвищення чутливості досліджуваних штамів *C. albicans* до протимікотичних засобів.

**Висновки.** Світлодіодне випромінювання апаратів Medolight зумовлює виражений фотомодифікуючий вплив на досліджені ізоляти *S. aureus*, який проявлявся у підвищенні їх чутливості до більшості досліджених антибіотиків.

Найбільш виражений вплив мало світлодіодне випромінювання, яке генерує апарат Medolight Blu дос з експозицією 5 хвилин та частотою 0 Гц.

При встановлених оптимальних параметрах випромінювання чутливість тест-штаму *S. aureus* ATCC 25923 до напівсинтетичних антибіотиків групи пеніциліну зростала на 15,5-23,5 %, порівняно з контролем.

**Summary.** The influence of LED radiation within red-infrared and blue-infrared diapasons on sensitivity of antibiotics by opportunistic microorganisms cultured from periodontal pockets in patients with chronic generalized periodontitis II-III was investigated. The use of LED radiation increased the sensitivity to antibiotics of all *S. aureus* strains that have been investigated.

## ДЕНТОФОБИЯ СЕРЕД ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ М.УЖГОРОДА ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ БОРОТЬБИ З НЕЮ

Мороз Н. І.

Науковий керівник: к.мед.н. Мельник В. С.

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## DENTOFOBIA AMONG PRESCHOOL CHILDREN OF UZHGOROD CITY AND EFFICIENCY OF METHODS FOR ITS TREATMENT

N.I. Moroz

Scientific leader: PhD. V.S. Melnyk

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Дентофобія – страх перед відвідуванням

стоматолога та стоматологічними маніпуляціями. За даними ВООЗ, близько 75% населення Землі відчувають страх перед стоматологічними втручаннями. Серед них великий відсоток дентофобії спостерігається у дітей дошкільного віку. Тому рекомендується заздалегідь виявляти дану групу хворих і проводити з ними психологічну роботу ще до відвідування стоматолога.

**Мета дослідження.** Виявлення поширеності дентофобії у дітей дошкільного віку, серед населення міста Ужгорода, та боротьба з нею.

**Матеріали та методи дослідження.** Діти віком 4-6 років, які відвідують ДДНЗ м.Ужгорода, у яких під час огляду та опитування батьків виявили дану патологію. В результаті обстеження 274 дітей (4-6 років) які навчаються ДДНЗ м.Ужгорода, виявили 191 дитину яка страждає дентофобією. А провівши опитування батьків цих дітей вияснили, що 122 з них ніколи не відвідували лікаря-стоматолога, але батьки їм розповідали про лікування. Всім діткам та їх батькам (у яких є дане захворювання) було запропоновано відвідати дитячий стоматологічний кабінет для проведення профогляду, навчання гігієні порожнини рота та лікування. Попередньо всі діти (191 дитина) були розподілені на 3 групи, в залежності від використовуваного методу по боротьбі з дентофобією.

1 група - 64 дитина, перед сеансом пацієнтам включали мультики, під час проведення лікування лунали заспокійливі мелодії (звуки природи та класична музика). За хорошу поведінку було обіцяна маленька винагорода.

2 група - 64 дитина, проходила маленька екскурсія кабінетом, на моделях зубів наглядно показували та пояснювали, що в них буде відбуватися в роті. Під час проведення лікування лунали заспокійливі мелодії. В кінці сеансу дитина отримувала заохочувальний подарунок.

3 група - 63 дітей, лікар був вдягнений у халат, до якого кріпилися крила феї, під час прийому лунали аудіокниги казок. В кінці сеансу дитина отримувала заохочувальний подарунок.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В результаті проведеного дослідження рівень тривожності у 1 групі понизилось на 46,9%(30 дітей), в 2 групі- 61,19%(43 дитини) , в 3 групі – 38,1%(24 дитини)

**Висновки.** Дентофобія зустрічається як у дітей, так і дорослих. Однак найбільше поширення вона отримала саме серед дошкільнят. Однією із основних причин страху є негативний досвід пацієнта, зумовлений ,нерідко, лікувальними маніпуляціями чи навіяними батьками

стереотипами про болючість стоматологічного втручання. Тому важливо боротися з дентофобією в ранньому віці.

Отримані дані показують, що найбільш ефективним виявився комплекс заходів, здійснених у 2 групі дітей, де покращували ситуацію застосуванням моделей, екскурсією кабінетом та веденням розмови з дитиною, рівень тривожності знизився на 61,19%. Найменш дієвими були методи, використані у 3 групі, де покращували рівень тривожності використанням аудіо книги та елементів казкового персонажу у вбранні, рівень тривожності знизився на 38,1%.

**Summary.** At the moment dentofobia is one of the most common phobias in the world. Most often this phenomenon occurs in children. Usually the cause are of it is incorrect behavior of parents, doctors and unwillingness to feel pain. It is important to work actively with children's fear. Because in severe form of phobias child can regularly pass or completely avoid visits to the dentist and it drive to neglected diseases of the teeth, body and prevents the treatment process as a whole.

## ОБ'ЄКТИВНИЙ МЕТОД ВИЗНАЧЕННЯ КОЛЬОРУ ЗУБА З ВИКОРИСТАННЯМ КОЛІРНОГО ПРОСТОРУ CIE LAB

Росоха В. М.

Науковий керівник: Шеверя С. М.

Кафедра дитячої стоматології, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## OBJECTIVE METHOD FOR TOOTH COLOUR EVALUATION WITH THE USE OF COLOUR DIMENSION CIE LAB

V. M. Rosocha

Scientific leader: PhD. S.M. Sheverya

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

**Актуальність теми.** В сучасній галузі стоматології збільшується потреба в об'єктивному методі оцінки кольору. Все більше підлягають розвитку такі способи визначення кольору як спектрофотометрія, але значна вартість даного методу не дає змогу використовувати його в клінічній практиці лікаря стоматолога, тому є перспектива в розвитку такого способу як: визначення кольору в колірному просторі CIE Lab.

**Мета дослідження.** Метою даного дослідження є порівняння суб'єктивного методу визначення кольору( за допомогою розколірки) та об'єктивного. Визначити чи є можливість використання даного методу в сучасній стоматологічній практиці. Виявити цінність даного методу та перспективи подальшого розвитку.

**Матеріали та методи дослідження.** Дослідження проводилось за допомогою дзеркального фотоапарату Nikon D 3300, макро об'єктив 85 мм. 3.5F, поляризаційний фільтр та карта сірого (L78A0B0) Використовувались видалені зуби фронтальної групи, методика опрацювувалась також на пацієнтах.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дослідження показало хорошу ефективність методу, якщо стандартизувати протокол фотографування. Також ми виявили високу ефективність методу при передачі кольору в зуботехнічну лабораторію та використання даної методики для об'єктивного визначення кольору зуба. Ми виявили невелику можливість похибки інтерпретації результатів при використанні стандартизованого фотопротоколу. Виникнення похибки різко збільшувалось при використанні автоматичних налаштувань фотоапарату.

**Висновки.** Методика визначення кольору зуба за допомогою колірною простору CIE Lab показала хороші результати. Даний спосіб може ефективно використовуватись в клінічній практиці лікаря стоатолога. Даний метод підійде, як практикуючому лікарю так і студенту який бажає зменшити помилку при інтерпритуванні кольору.

**Summary.** Method of determining tooth color using the CIE Lab color space show good results. This method can be used effectively in clinical practice. Also, it is suitable for a practicing doctor and a student who wants to reduce errors in interpretation of tooth color process.

## ОКЛЮЗІЙНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З БРУКСИЗМОМ ТРЕТЬОГО СТУПЕНЯ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Штибель Д. В., Данилюк Д. В., Штибель Н. В.

Науковий керівник: асист. Данилюк Д. В.

Кафедра ортодонтії, стоматологічний факультет

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
Львів, Україна

## OCCLUSAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH THIRD DEGREE BRUXISM (CASE REPORT)

D.V. Shtybel, D.V. Danylyuk, N.V. Shtybel  
Scientific leader: asst. D.V. Danylyuk  
Department of Orthodontics, Faculty of Dentistry  
Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Впродовж останніх років поширеність бруксизму серед дорослих складає 6-20% (M. Bellini, 2011; Стецик А.О., 2016). Не завжди можливим є визначення провідного чинника розвитку бруксизму, а відтак, проведення ефективного етіологічного лікування (M. Wieckiewicz, 2014). За цих умов доцільним є використання міорелаксуючих кап (МК) з наступною оклюзійною реабілітацією пацієнтів, що спрямоване на ключову ланку патогенезу – мідисфункцію жувальної групи м'язів. (M. Guaita, 2016).

**Мета дослідження.** Представити протокол оклюзійної реабілітації пацієнтів з бруксизмом III ступеня за допомогою МК.

**Матеріали та методи дослідження.** Пацієнт, 41 рік, скарги: естетичний дефект, «кляцання» в суглобі під час жування. Об'єктивно: у боковій ділянці коронки зубів стерті на  $\frac{1}{2}$  їх висоти, у фронтальній – на  $\frac{1}{3}$ ; нижня щелепа зміщена дистально; за даними КТ суглобова голівка зміщена у верхнє дистальне положення, наявне компресійне втиснення.

За основу лікування взято модифікацію протоколу оклюзійної реабілітації пацієнтів з бруксизмом згідно С.Блума. До початку лікування проведено міографію. За допомогою альгінатної відбиткової маси «TROPICALGIN» отримано відбитки обох щелеп з наступним виготовленням діагностичних моделей; ресстрацію прикусу проведено матеріалом «Oclufast» (Zelmark). За допомогою лицевої дуги (Amann Girrbach Artex) визначено положення верхньої щелепи відносно основи черепа та співвідношення щелеп в стані ЦО, з їх наступним перенесенням в артикулятор. Депрограмацію м'язової системи проведено за допомогою індивідуального джига, після чого зареєстровано співвідношення щелеп («Oclufast», Zelmark). Пацієнту виготовлено МК на нижню щелепу з урахуванням отриманих попередніх даних про співвідношення щелеп після м'язової депрограмації. Тривалість лікування становила 12 тижнів, огляд пацієнта і адаптація капи проводилися на 3, 5, 8, 14 та 24 день згідно протоколу. Проведено повторну міографію.

Після проведеного лікування виготовлено тимчасову конструкцію методом фрезерування (Sirona inLab). Через 6 місяців було проведено постійне протезування у боковій ділянці металокерамічними конструкціями, а у фронтальній – безметалевими.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Дані міографії до лікування становили: m.masseter s. – 1,4 мВ, m.masseter d. – 2,0 мВ, m.temporalis s. – 1,2 мВ, m.temporalis d. – 1,7 мВ; після: m.masseter s. – 0,32 мВ, m.masseter d. – 0,4 мВ, m.temporalis s. – 0,3 мВ, m.temporalis d. – 0,35 мВ. За даними віддалених результатів (1 рік) скарги чи ознаки рецидиву у пацієнта відсутні.

**Висновки.** Модифікація протоколу застосування МК за С. Блумом є оптимальною для оклюзійної реабілітації пацієнтів з бруксизмом III ступеня.

**Summary.** In this case report, we have presented treatment of the 3<sup>rd</sup> degree bruxism in 41 year old man. We have used modification of Blum's protocol, which included application of myorelaxant splints. 1 year after treatment, there was no complaints or signs of recurrence in patients.

## КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПАРОДОНТАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ АНТИГОМОТОКСИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ.

Гелей Н.І., Гелей В.М.

Науковий керівник: д.мед.н., проф.Костенко Є.Я., к.мед.н. доц. Брехлічук П.П., Добровольська М.К.

Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології, кафедра терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет, ДВНЗ Ужгородський національний університет, Ужгород, Україна.

## TREATMENT OF PERIODONTAL ABSCESS COMPLEX USING ANTIOMOTOXIC PREPARATIONS.

N.I. Heley, V.M. Heley

Scientific leader: P.P. Brekhlichuk, Candidate of Medical Sciences, Head of Department,

M.K. Dobrovolska Candidate of Medical Sciences, Head of Department, Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and Onkostatology, Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine.

**Актуальність теми.** Серед пародонтологічних хворих все частіше зустрічаються особи зі скаргами на перманентне утворення пародонтальних абсцесів, погіршення загального стану, відчуття слабкості і втоми, неефективність курсів антибіотикотерапії.

**Мета дослідження.** Метою нашого дослідження стала розробка і клінічна апробація медикаментозного комплексу, дія якого була би направлена на купірування абсцедуючої форми генералізованого пародонтиту.

**Матеріали та методи дослідження.** Під нашим спостереженням знаходилось 38 хворих на абсцедуючу форму генералізованого пародонтиту

I-II -го ступеню. Серед них було 20 жінок і 18 чоловіків віком 25-45 років. Тривалість захворювання у них складала 3-5 років.

В процесі обстеження хворих застосовувались клінічні і спеціальні методи: визначення ступеню кровоточивості ясен і рухомості зубів, проба Шиллера – Писарева, пародонтальний індекс Рассела (1956р.), комунальний індекс потреби в лікуванні СРІ.

Рівень гігієни ротової порожнини визначали за індексом Грін – Вермілліона. Стан кісткових структур альвеолярних відростків оцінювали за даними ортопантомограми. Вміст зубоясенних клінічних кишень підлягав бактеріологічному обстеженню і визначенню чутливості патогенної мікрофлори до антимікробних засобів. Хворі були поділені на дві групи: контрольну (16 пацієнтів) і основну (22 пацієнта).

В контрольній групі в якості загального лікування призначались антибіотики згідно чутливості мікрофлори, визначеної бактеріологічно. Найчастіше це були цефалоспорини, макроліди. А ось до лінкоміцину, який тривалий час застосовувався в пародонтології, чутливість мікрофлори практично була втрачена.

Виходячи із принципів гомотоксикології, яка розглядає запалення як спробу організму звільнитись від гомотоксинів, що накопичились в зоні абсцесів матриксу і лімфовузлів, ми призначили основній групі лімфоміозот по 10 крапель за 30 хв. до їди. В якості протизапального засобу – траумель, по 1 таб. х 4 рази на день; імуномодулятор ехінацею композітум – по 2,2 мл підшкірно 1 раз на тиждень в кількості 3-5 ін'єкцій. Окрім того ми розраховували на нозоди, що входять до складу препарату: стафілококовий, стрептококовий, грипозний, піогенний. В якості загальнозміцнюючих препаратів використовували аскорутин та кальцемін.

Місцева терапія була ідентичною в обох групах хворих і включала: полоскання гівалексом, аплікації гелю метрагіл – дента, розсмоктування таблеток “Лісобакт”.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Найближчі результати лікування значною мірою різнилися між собою.

В контрольній групі після завершення курсу антибіотикотерапії лише 37,2% хворих констатували зникнення симптомів запалення ясен. У іншій частині хворих через певний період часу, інколи вже через 4-5 днів, загальний стан погіршувався, а місцево знову виникали пародонтальні абсцеси. Інколи доводилось почергово призначати 2 антибіотики для отримання позитивного ефекту лікування.

Через 10-15 днів переважна більшість пацієнтів основної групи (74,2%) відмічала покращення загального і місцевого статусу, підтверженою низкою проб та індексів.

У віддалені терміни спостереження через 6 місяців відсоток пацієнтів основної групи зі стабілізацією патологічного стану в тканинах пародонту склав 84,2%. В контрольній ж групі – 52,7%.

Через 12 місяців на ортопантомограмах пацієнтів основної групи спостерігалось ущільнення компактних пластинок, зменшення ділянок остеопору, структурне відновлення губчастої кістки альвеолярних відростків. В контрольній групі хворих подібні позитивні зміни виявились лише у 34,1% пацієнтів.

**Висновки.** Отримані результати лікування хворих з пародонтальними хроніосептичними вогнищами інфекції із застосуванням алопатичного антибактеріального та ензимного препарату в комплексі із антигомтоксичними засобами дренажної, протизапальної та імуномодуючої дії є ефективним у найближчі та віддалені терміни спостереження і може бути рекомендований у широку стоматологічну практику.

**Summary.** The paper describes the results of complex treatment patients with of parodontium abscesses. Scheme of antihomotoxic treatment using preparations provides efficiency and reduce the time treatment of patients.

## АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ КАРІОЗНИХ УРАЖЕНЬ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ ВІКОМ 7-12 РОКІВ

Мелкумян Т.С

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Костенко Є.Я.

Кафедра ортопедичної стоматології ,стоматологічний факультет,  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF DENTAL CARIES OF PERMANENT TEETH OF CHILDREN 7-12 IN TER AGE OF 7-12 YEARS

**Актуальність теми.** Карієс зубів— це патологічний процес, що розвивається після прорізування зубів і характеризується демінералізацією та руйнуванням твердих тканин зубів з наступним утворенням дефекту у вигляді каріозної порожнини. Згідно з номенклатурою ВООЗ для оцінки ураженості зубів карієсом використовують три основних показники: поширеність, інтенсивність і приріст інтенсивності карієсу.

Карієс зубів є одним із найпоширеніших стоматологічних захворювань, розповсюдженість якого досягає 90,0 - 99,8% у різних вікових групах. При цьому зберігається тенденція до росту інтенсивності цього захворювання. X

Каріозні ураження діагностуються у дітей віком від 1-1,5 року, у віці до 7-9 років поширеність карієсу зростає до 95-100%, а у дітей 11-12 років знижується до 70-80% унаслідок фізіологічної зміни зубів і формування постійного прикусу. Починаючи з 13-14 років поширеність карієсу знову має тенденцію до зростання.

Проблема поширення карієсу зубів у дітей в Україні розглядається у численних працях, дані яких свідчать про високі показники даного захворювання як молочних, так і постійних зубів.

Карієс постійних зубів у дітей має певні закономірності перебігу, обумовлені в першу чергу стадією формування постійного зуба, а також станом соматичного Здоров'я дитини (спадковість, неправильне харчування, загальний стан організму дитини).

У дітей переважає гострий перебіг карієсу постійних зубів, що пов'язано як з недостатністю мінералізацією твердих тканин постійних зубів, які тільки прорізулися, так і з недостатньою захисною функцією пульпи в період формування кореня. Чим менше часу пройшло від моменту прорізування постійного зуба до його ураження, тим процес протікає більш блискавично та інтенсивно. Характерним для цього періоду розвитку зуба є локалізація карієсу в фісурах і природних поглибленнях емалі, що також пов'язано з недостатньою мінералізацією цих ділянок коронки до моменту прорізування зуба.

**Мета дослідження.** Проаналізувати поширеність захворюваності на карієс дітей віком від 6-14 років з подальшою розробкою заходів

первинної профілактики та з метою ранньої діагностики цього захворювання.

**Матеріали та методи досліджень.** Проведений аналіз наукової документації, де обраховувалися показники поширеності та інтенсивності карієсу у дітей віком від 6-14 років , частоту ураження карієсом різних анатомічних груп зубів, локалізацію каріозних порожнин на різних поверхнях зубів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** в результаті проведеного аналізу виявили високі показники поширеності та інтенсивності карієсу відразу після прорізування, в середньому  $80,39 \pm 3,93\%$  дітей мали уражені карієсом перші моляри, і лише у  $19,61 \pm 3,93\%$  виявили карієс передніх зубів ( $p < 0,01$ ). Найпоширенішими ділянками локалізації карієсу були оклюзійні поверхні молярів та апроксимальні різців. Серед дітей 7—9 років  $93,8\%$  нижніх молярів мали каріозні порожнини у фісурах;  $20,5\%$  зубів — у сліпих ямках, в  $11,6\%$  зубів виявили карієс апроксимальної (медіальної) поверхні.

Було також виявлено , що у групі дітей 7—9 років, тобто упродовж двох років після прорізування,  $73,68 \pm 5,05\%$  мали каріозні моляри ( $65,79 \pm 5,44\%$  на верхній щелепі, у  $71,05 \pm 5,2\%$  діагностували карієс нижніх молярів), а до 10—12 років у  $100\%$  дітей уражені карієсом були верхні та нижні перші моляри.

Опрацьовуючи результати досліджень, відзначили раннє ураження групи передніх зубів, переважно різців, практично на стадії прорізування у  $13,16 \pm 3,87\%$  дітей 7—9 років. З віком поширеність карієсу різців у дітей різко зростала та становила у групі 10—12-річних дітей  $38,46 \pm 9,54\%$  від усіх обстежених із карієсом постійних зубів, причому на різцях нижньої щелепи карієс реєстрували значно рідше — у  $23,08 \pm 8,26\%$  дітей проти  $38,46 \pm 9,54\%$  із карієсом верхніх передніх зубів.

**Висновок.** На основі проведеного аналізу можна зробити висновок ,що найбільше уражаються оклюзійні поверхні молярів та апроксимальні поверхні різців у дітей віком 7-12 років. Це пояснюється недостатньою мінералізацією емалі різців та фісур постійних молярів одразу після прорізування т та агресивною дією карієсогенних факторів, незадовільною гігієною порожнини рота, наявністю великої кількості нелікованих молочних зубів.

**Summary.** Analysis of caries lesion frequency in different groups of permanent teeth in children Caries prevalence (%) and DMF index were analysed, as well as caries lesion frequency in different anatomical groups and cavities localization on different surfaces. High numbers of caries prevalence and intensity right after teeth eruption were detected: on an average

80,39±3,93% of children were affected by caries in rst molars and only 19,61±3,93% were affected by caries in frontal group of teeth ( $p<0,01$ ).

## ТОЧНІСТЬ ВИМІРЮВАНЬ КОНУСНОСТІ ПРИ ФОТОГРАФУВАННІ СМАРТФОНОМ З ДОДАТКОВИМИ МАКРООБ'ЄКТИВАМИ

Пашек-Садоха Рената

Науковий керівник – ас. Підлісний Р.В.

Кафедра ортопедичної стоматології, Львівський національний медичний  
університет імені Данила Галицького, Львів, Україна

## ACCURACY OF TOTAL OCCLUSAL CONVERGENCE MEASUREMENTS USING A SMARTPHONE WITH ADDITIONAL MACRO LENS

Pashek-Sadokha Renata

Scientific leader: asst. R.M. Pidlisnyi

Department of Prosthetic Dentistry, Danylo Halytsky Lviv National Medical  
University, Lviv, Ukraine

**Актуальність теми.** Одним з найшвидших способів оцінки конусності препарованих під повну коронку зубів є застосування програмного забезпечення Protractor (Android Pandaz) на Android-смартфонах, яким вимірюють збіжність аксіальних стінок на цифрових фотографіях, отриманим цим ж пристроєм, в режимі «Camera Protractor». Недоліком цього режиму є відсутність функції цифрового масштабування (зуму), яка наявна, зокрема, у стандартній програмі «Камера» операційної системи Android і надає можливість збільшити центральну частину зображення фотокамери пристрою для зручності вимірювань програмним інструментом з двох ліній, які співставляють з аксіальними поверхнями збільшеної кукси зуба. Альтернативним способом отримання збільшеного зображення об'єкта з невеликими розмірами є застосування додаткового макрооб'єктива для смартфона, але при цьому можливе спотворення зображення внаслідок дисторсії оптичної системи і, відповідно, неточність виміряних величин. Тому

**Мета дослідження.** Мета даного дослідження полягала у оцінці точності вимірювань конусності на зображеннях, отриманих камерою смартфона з приєднаним додатковим макрооб'єктивом.

**Матеріали та методи дослідження.** Ми вимірювали конусність на цифрових фотографіях 5 тестових зразків (5 град., 10 град., 15 град., 20

град., 25 град.), створених у програмі Corel Draw 12 і надрукованих лазерним принтером. Цифрові фотографії отримували смартфоном Samsung GT-N7100 з 4 різновидами приєднаного додаткового макрооб'єктива ( Apexel 20x macro, Apexel macro (з комплекту 4in1), Pickogen 37mm Macro, Macro RK09F (з комплекту 9in1)).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Усі досліджені макрооб'єктиви створюють подушкоподібну дисторсію зображення, яка найменше виражена у макрооб'єктива Apexel 20x macro. Дані вимірювань конусності на фотографіях тестових зразків були найближчими до еталонних у макрооб'єктива Apexel 20x ( $2,1 \pm 1,0\%$ ); для макрооб'єктива Pickogen 37mm Macro відхилення становило в середньому  $4,2 \pm 1,8\%$ , для Macro RK09F -  $4,4 \pm 1,7\%$ , а для Apexel macro (з комплекту 4in1) –  $4,9 \pm 1,8\%$ .

**Висновки.** У даному дослідженні встановлено, що найближчі до еталонних значень отримані при застосуванні додаткового макрооб'єктива Apexel 20x macro.

**Summary.** Quick measurement of total occlusal convergence in teeth prepared for a full crown is possible using Protractor (Android Pandaz) software on Android-smartphone in “Camera Protractor” mode with attached macro lens. The accuracy of measurements with 4 different macro lens on Samsung GT-N7100 smartphone was evaluated using printed custom test samples. The most accurate results were obtained with Apexel 20x macro lens.

## ІМУНОГЛОБУЛІН ЯК ПОКАЗНИК НЕСПЕЦИФІЧНОГО ІМУННОГО ЗАХИСТУ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ У ПІДЛІТКІВ Камінський М.В.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Клітинська О.В.  
Кафедра стоматології дитячого віку, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород,  
Україна

## IMMUNOGLOBULINS AS AN INDICATOR OF NON-SPECIFIC IMMUNE PROTECTION MANDIBULAR FRACTURES IN ADOLESCENTS

M. Kaminsky  
Scientific leader: prof. O.V. Klitynska  
Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Мета дослідження.** Виявити зміни рівнів IgA та IgG у слині хворих із травматичними переломами виросткового відростка нижньої щелепи, що дозволять розширити уявлення про патогенез загоєння та сприяють розробці нових методів діагностики та лікування хворих із вищезгаданою патологією.

**Матеріали та методи дослідження.** Проведено клініко-лабораторне обстеження 38 хворих із переломами виросткового відростка нижньої щелепи. Збір слини проводили при госпіталізації хворого в стаціонар. Середній вік хворих 9- 25 років. Отримані лабораторні показники порівнювали з даними контрольної групи, яку склали 20 практично здорових осіб із санованою ротовою порожниною. У всіх обстежуваних осіб визначали у слині рівень загального і секреторного Ig A, IgG. Вміст імуноглобулінів визначали з використанням набору реагентів фірми «Вектор-Бест» Росія. Параметричні дані подано як  $M \pm m$ , оскільки розподіл даних у групах був нормальним, попарне апостеріорне порівняння груп виконували із використанням критерію Ньюмена-Кейсла, використовуючи програмне забезпечення STATISTICA6.0 (STATSOFTUSA).

**Результати дослідження та їх обговорення.** У групі хворих із травматичними переломами виросткового відростка нижньої щелепи рівень загального IgA у слині вірогідно перевищує показники здорових осіб на 153% ( $0,48 \pm 0,02$  г/л,  $p < 0,05$ ). Рівень секреторного IgA на 43% перевищує показники здорових осіб ( $0,33 \pm 0,03$  г/л,  $p < 0,05$ ). У 60% хворих виявили у слині переважаючий IgA, сироваткового, а у 40% хворих – надлишок секреторного компоненту. У слині здорових осіб сироватковий IgA виявили в 1% випадків. Вміст секреторного компоненту в слині хворих у 5,2 рази ( $0,21 \pm 0,02$  г/л,  $p < 0,05$ ) перевищував його вміст в слині здорових осіб.

IgG у слині здорових осіб виявили у 60% , концентрація його була не значна і становила в середньому  $0,10 \pm 0,01$  г/л. У слині хворих з переломами рівень IgG у 8 разів перевищував рівень у здорових осіб ( $0,81 \pm 0,05$  г/л,  $p < 0,05$ ). Очевидно, підвищений вміст сироваткових IgA, IgG вказує на проникливість слизової оболонки ротової порожнини. Зростання концентрації секреторного IgA у слині вказує на посилення гуморального захисту на слизових оболонках в умовах травматичних пошкоджень. Порівняльний аналіз досліджуваних імуноглобулінів у практично здорових осіб із травматичними переломами виросткового відростка нижньої щелепи виявив суттєві відмінності. Привертають увагу різноспрямовані зміни рівнів імуноглобулінів у сироватці крові та слині.

**Висновки.** У слині хворих відзначається підвищений рівень сироваткових IgA та IgG, що свідчить про виникнення підвищеної проникності слизової оболонки порожнини рота. Отже для можливості більш детального прогнозування виникнення запальних ускладнень, що можуть виникати при травматичних переломах виросткового відростка нижньої щелепи, необхідно враховувати імуноглобуліновий спектр слини. На нашу думку правильний розрахунок концентрації імуноглобуліну дає можливість провести її корекцію, що може суттєво знизити тяжкість перебігу, зменшити прояв симптомів, та пришвидшити одужання.

**Summary.** The aim of our study was to detect changes in the content of immunoglobulin A, G in the saliva of patients with traumatic fractures of mandibular condyle. Conducted clinical and laboratory examination of patients, which resulted in changes of levels of Ig A and Ig G. The survey results show elevated levels of serum IgA and IgG, indicating that the increased permeability of the oral mucosa in these patients. The results indicate that the correct calculation of the concentration of immunoglobulin enables more detailed forecast of inflammatory complications.

## ПРОБЛЕМАТИКА ВИБОРУ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ РЕЦЕСІЇ ЯСЕН

Цуперяк С.С., Гончарук-Хомин М.Ю.

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Потапчук А.М.

Кафедра стоматології післядипломної освіти, стоматологічний факультет  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## PROBLEM OF CHOOSING DIFFERENT METHODS FOR RECESSION TREATMENT

S.S. Tsuperyak, M.Y. Goncharuk-Khomyn

Scientific leader: prof. A.M. Potapchuk

Department of Postgraduate Dental Education, Faculty of Dentistry  
Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Проблема вибору комплексного адекватного алгоритму лікування патології рецесії ясен досі залишається відкритим науково-практичним питанням. Корінь зуба не захищений м'якими тканинами ясен, обумовлює вірогідність повного виключення функції відповідного сегменту зубного ряду, що в подальшому

призводить до виникнення та прогресування патологічних морфо-функціональних змін стоматологічного статусу.

**Мета дослідження.** Об'єктивізація результатів хірургічного лікування рецесії ясен з обґрунтуванням вибору адекватного алгоритму ятрогенного втручання та врахуванням вихідних характеристик конкретної клінічної ситуації; аналіз ефективності та доцільності використання модифікованих хірургічних клаптевих операцій.

**Матеріали та методи дослідження.** На основі системного підходу проаналізовано дані фахових електронних медичних баз з досліджень направленої тканинної регенерації та методу Raetzke для усунення рецесії ясен.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Чотирирічні спостереження Vergara & Caffesse (2004) 115 випадків рецесії, усунених за методом Raetzke, продемонстрували, що повне закриття спостерігалось у 75% випадків. Віддалені результати за даними літератури при використанні мембран варіабельні. Pini Prato (1992) порівнював ефективність використання коронарно зміщеного лоскута без та з використанням нерезорбуючої бар'єрною мембрани. Через 18 місяців було отримано закриття відповідно 73% і 71% кореневої поверхні. Ogug, який використовував для усунення рецесії колагенові мембрани, діагностував закриття поверхні кореня на 80,04% через рік після лікування. У курців цей показник був значно нижчим – 45,26%. Harris в своєму дослідженні з полігліколевіми мембранами у 12 пацієнтів продемонстрував, що через 6 місяців закриття кореневої поверхні становило 92,3%, а через 25 місяців – 58,8%. Згідно даних Rocuzzo M., Buser D. (1996), ефективність закриття рецесії з допомогою направленої тканинної регенерації коливається в межах 75-85%. Harvey & Bernmoulin рекомендують використання мембран при широких рецесіях глибиною 5 мм і більше.

**Висновки.** Жодна з хірургічних методик не дозволяє отримати 100% результат при усуненні рецесії III або IV класу. Це є передумовою використання для відновлення рожево-білої естетики високо естетичного пломбувального матеріалу Amaris gingival(VOCO), що включає один базисний відтінок та три опакових за допомогою яких можна відтворити будь який ясенний колір. Пряма реставрація дозволяє створити візуальну ілюзію та імітацію фізіологічних зонітів.

**Summary.** Science paper is devoted to analysis of different methods for gum recession treatment. The theoretical results were adapted to different clinical situations due to the level of recession, esthetics features, adjacent bone

defects. Adequate algorithm for gum recession rehabilitation could provide maximum esthetic effect with sufficient volume growth of soft gum tissue.

## ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ДЕСТРУКТИВНИХ ЗМІН У ВЕРХІВКОВОМУ ПЕРІОДОНТІ

Жеро Н.І.

Кафедра стоматології післядипломної освіти, стоматологічний факультет,  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## DIAGNOSTIC FEATURES OF DESTRUCTIVE CHANGES IN THE APICAL PERIODONT

N.I.Zhero

Department of Dentistry Postgraduate Education, Faculty of Dentistry,  
Uzhhorod National University, Uzhhorod

**Актуальність теми.** Поруч із новітніми технологіями в імплантології та естетичній реставрації твердих тканин зубів, проблема діагностики та лікування деструктивних змін у періодонті залишається однією із актуальних в сучасній стоматології. Одним з основних методів у діагностиці захворювань періодонту є рентгенографічне дослідження. Ступінь об'єктивізації його результатів є недостатнім. Суб'єктивні критерії, які характеризують рентгенологічно виявлений контур періапикального ураження, недостатньо інформативні. Є значні проблеми в інтерпретації рентгенограм, що пов'язано із якістю зображення. Отже, можливості подальшого розвитку традиційної рентгенологічної діагностики в стоматології, що базується на одержанні рентгенівського зображення тканин на плівкових носіях та візуальній оцінці одержаного зображення рентгенологом на підставі суб'єктивних критеріїв, себе вичерпали.

Нові перспективи відкривають цифрові технології обробки рентгенівського зображення.

**Мета дослідження.** Покращення рентгенологічної діагностики деструктивних форм періодонтиту шляхом інтерпретації цифрових рентгенівських зображень періапикальних тканин, кількісної оцінки їх геометричних та оптичних характеристик, удосконалення диференційної діагностики патологічних процесів у верхівковому періодонті.

**Матеріали та методи дослідження.** Обстежено 347 хворих деструктивними формами верхівкового періодонтиту. Інтраоральні

рентгенівські зображення патологічних змін у періапікальній зоні отримували прямим цифровим методом на дентальному рентгенодіагностичному комплексі. Проаналізовано 347 рентгенограм. Оцінювали геометричні контури, розміри та локалізацію періапікального ураження. Додатковий кількісний аналіз зображень проводили шляхом вимірювання діаметру, площі та довжини окружності "зони зацікавленості", яка включала зони деструкції альвеолярної кістки, резорбції кореня зуба, а також прилягаючу ділянку остеопорозу. Для кожної нозологічної форми ураження аналізували характерну форму гістограм розподілу щільності зображення окресленої "зони зацікавленості". Частина матеріалу співставлена з результатами морфологічного дослідження видалених за клінічними показами зубів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** За візуальною оцінкою рентгенограм, періапікальні ураження розподілилися таким чином: гранульоми - 241, кісти (прості та складні) і кістогранульоми - 106. Діаметр кістозних порожнин коливався в межах 0,5 - 1,9 см, розміри гранульом дещо менші - 0,4 - 0,5 см. Оптична щільність центральних зон кістозних утворень була меншою у порівнянні із гранульомами. Контури кіст були більш чіткими та близькими до кола. Контур гранульом частіше був нерівним і за оптичною щільністю - менш чітким. При порівнянні цифрових зображень із "плівковими" дентальними рентгенограмами виявлено за рахунок деталізації, що фактичний розмір ураження на 12-15% більший за рахунок прилягаючої ділянки остеопорозу.

Типові гістограми як кіст, так і гранульом часто мали двоверхівковий характер розподілу оптичної щільності, але значно відрізнялися за варіаціями рівня оптичної щільності рентгенівського зображення. Для кіст діапазон частотного розподілу оптичної щільності зображення знаходилися в межах від 0 до 200 за 256 - рівневою сірою шкалою, для гранульом характерний більш вузький, який не перевищував 100 - 130 рівнів. Типові гістограми кіст характеризувалися асиметричним зсувом уліво, до осі Y, варіації рівня оптичної щільності зображень гранульом мали більш симетричний характер. Розрахунок інформаційних показників для розподілу оптичної щільності дозволив привести співставлення графічних об'єктів - гістограм - до більш зручних цифрових параметрів.

### **Висновки.**

1. Новітні цифрові технології у дентальній рентгенології мають суттєві переваги в якості зображення, зручності візуальної оцінки та архівування рентгенограм.

2. Цифрові технології заслуговують на широке впровадження в клінічну практику через безперечні економічні переваги.

3. Постпроцесінг дентальних цифрових рентгенограм суттєво доповнює результати візуальної оцінки, виключає вплив суб'єктивних факторів при формуванні діагностичного висновку.

### **Summary.**

1. Modern digital technology in dental radiology have significant advantages in image quality, ease of visual evaluation and archiving radiographs.

2. Digital technologies deserve widespread adoption into clinical practice through the undeniable economic benefits.

3. Postprocessing of the digital roentgenograms significantly supplemented results of visual examination and excluded impact of subjective factor in composition of diagnostic conclusion.

## ОЦІНКА УСПІШНОСТІ РЕАБІЛІАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ДЕНТАЛЬНИХ ІМПЛАНТАТІВ ТА ПРОТЕТИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ РІЗНОГО ДИЗАЙНУ

Кенюк А.Т., Гончарук-Хомин М.Ю.

Кафедра ортопедичної стоматології, стоматологічний факультет ДВНЗ «Ужгородський національний університет», Ужгород, Україна

## EVALUATION OF REHABILITATION SUCCES AMONG PATIENTS TREATED WITH THE USE OF DENTAL IMPANTS AND PROSTHETIC CONSTRUCTIONS OF VARIOUS DESIGNS

A.T. Kenyuk, M.Y. Goncharuk-Khomyn

Department of Prosthetic Dentistry, Faculty of Dentistry Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Комплексна реабілітація пацієнтів із частковою та повною адентіями полягає у максимально адаптованому відновленні функціональних можливостей зубо-щелепового апарату шляхом нормалізації порушених дискретних оклюзійних, анатомічно-статичних та динамічно інтегрованих компенсаційних механізмів (Misch С., 2011; Lang N., 2013). Такий підхід передбачає використання системних та комплексних протоколів під час лікування із застосуванням сучасних методів відновлення цілісності зубного ряду, в тому числі і з використанням протетичних конструкцій з опорою на інтраосальні

титанові дентальні імпланти (Albrektsson T., 2008; Capuella O., 2013). Необхідність модифікації та подальшої адаптації критеріїв оцінки якості проведеної імплантації у пацієнтів з частковою та повною адентіями залишається відкритим науково-практичним питанням, а використання сучасних методів комп'ютерної томографії та деталізованого графічного аналізу зонограм з попереднім преформатуванням параметрів дослідження, частотно-резонансного аналізу стабільності, періотестометрії та клініко-метаболических маркерів значно розширює можливість конкретизації доказової бази об'єктивних критеріїв успішності реабілітації пацієнтів у розрізі комплексного підходу до оцінки безпосередніх та віддалених результатів лікування.

**Мета дослідження.** Визначення успішності однорічних результатів реабілітації пацієнтів з частковою та повною адентією при використанні у якості опор титанових дентальних імплантатів та різних дизайнів протетичних конструкцій.

**Матеріали та методи дослідження.** До першої групи дослідження було включено 102 пацієнти, які лікувалися із застосуванням часткових та повних знімних протезів з опорою на внутрішньокісткові титанові дентальні імпланти. До другої групи пацієнтів було включено 47 осіб, ортопедичне лікування яких відбувалось мостоподібними конструкціями з опорою на інтраосальні опори. У третю групу пацієнтів, лікування яких проводилось із використанням мостоподібних конструкцій з опорою на дентальні імпланти та власні зуби, було включено 17 осіб. Реєстрацію зниження висоти резидуального гребеня у периімплантатній ділянці ми визначали із використанням програмного забезпечення Planmeca Dimaxis Pro. Рентгенологічні знімки попередньо калібрували відповідно до діаметра встановленої інфраконструкції. Відстань між рівнем альвеолярної кістки та плечем імплантату визначали з мезіальної та дистальної сторін відповідно. Після цього визначали усереднений математичний показник, як середнє арифметичне між двома попередніми показниками, а втрату висоти маргінальної кістки як різницю усередненого показника через різні проміжки часу порівняно з вихідною ситуацією стану альвеолярного гребеня безпосередньо після встановлення імплантату. Для статистичного групування результатів втрати кісткової тканини через 1 рік після імплантації у досліджуваної групи пацієнтів було використано математичне рівняння Horwitz. Оцінку успішності імплантологічного втручання визначали згідно з принципами прийнятими International Congress of Oral Implantologists відповідно до шкали успішності дентальної імплантації (Implant Quaoility Scale), запропонованої James–Misch.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Віддалені однорічні результати реабілітації пацієнтів за шкалою James-Misch мали такий вигляд: 1) у групі імплантати з використанням повних та часткових знімних протезів у якості супраструктур: I тип (успішні) – 95,5%, II тип (задовільні) – 3,2%, III тип (компромісні) – 2,3%; 2) у групі мостоподібних конструкцій з опорою на імплантати: I тип – 92,1%, II тип – 4,7%, III тип – 3,2%; 3) у групі мостоподібних конструкцій з опорою на імплантати та власні зуби: I тип (успішні) – 83,5%, II тип (задовільні) – 5,6%, III тип (компромісні) – 4,1%, IV тип (незадовільні) – 6,8%. Середньорічні показники резорбції успішних імплантатів були найвищими у групі протезування з використанням імплантатів та власних зубів у якості опор, однак навіть такі показники не перевищували критичного значення у 2 мм, що були зазначені James-Misch як гранично допустимі для успішної імплантації. У всіх трьох групах найвищі показники резорбції були відмічені в дистальних та фронтальних відділах верхньої щелепи 1,25–1,6 мм.

**Висновки.** Використання підходів протетичної реабілітації стоматологічних пацієнтів з опорою незнімних конструкцій на імплантати, знімних конструкцій та з опорою на зуби та імплантати є достатньо ефективним та, за даними клініко-інструментальних досліджень, забезпечує успішність стоматологічного лікування, факт котрого було підтверджено конкретними числовими даними, отриманими під час аналізу віддалених результатів реабілітації.

**Summary.** Thesis represents clinical remote results of implant-based treatment with the use prosthetic constructions of different designs. Due to the James-Misch scale's criteria all protocols of prosthetic rehabilitation demonstrate successful results after 1 year of implantation procedure.

АНАЛІЗ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ ЛІКАРЯ-ХІРУРГА СТОМАТОЛОГА  
ЗА ДАНИМИ ЗВІТНОЇ ДОКУМЕНТАЦІЇ ЗОКСП 2012-2016 РОКИ.

Гелей В.М.

Науковий керівник: к.мед.н. доц. Добровольська М.К.

Кафедра хірургічної стоматології, щелепно-лицевої хірургії та онкостоматології, терапевтичної стоматології, стоматологічний факультет, ДВНЗ Ужгородський національний університет, м.Ужгород, Україна.

# ANALYSIS OF PRACTICAL WORK DENTAL SURGEON ACCORDING TO REPORTING DOCUMENTATION ZOKSP FOR 2012-2016.

V.M. Heley

Scientific leader: M.K. Dobrovol'ska Candidate of Medical Sciences, Head of Department, Department of Surgical Dentistry, Maxillofacial Surgery and Onkostatology, Department of Therapeutic Dentistry, Faculty of Dentistry, Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine.

**Актуальність теми.** Аналіз роботи лікаря-хірурга стоматолога за певний період часу є важливим фактором для оцінки його професійної діяльності, повноти виконання обов'язків, якості надання хірургічних стоматологічних послуг.

**Мета дослідження.** Аналіз практичної роботи лікаря-стоматолога-хірурга за п'ять років.

**Матеріали та методи дослідження.** ЗОКСП обслуговує переважно мешканців м. Ужгорода, яких налічується 76826 чоловік, з них 59074 працездатного у віці 18-60 років та Ужгородського району – 69837 чоловік. За направленням надається консультаційна допомога населенню міст і сіл всієї Закарпатської області.

Згідно критеріїв поділу стоматологічних установ ЗОКСП, як базу стоматологічного факультету УжНУ можна віднести до стоматологічних установ II рівня. В лікувально-профілактичному відділенні надаються наступні послуги: лікування зубів з приводу неускладненого та ускладненого карієсу, консультації фахівців (лікарів першої та вищої категорії) в спеціалізованих кабінетах (терапевтичному, хірургічному, дитячому, ортопедичному), де проводять первинну профілактику карієсу зубів і хвороб пародонта; спеціалізовані хірургічні втручання; стандартні фізіотерапевтичні процедури; стандартну рентген-діагностику.

Лікар-хірург стоматолог вищої кваліфікаційної категорії повинна знати:

- положення чинного законодавства та нормативні документи, що регламентують діяльність закладів охорони здоров'я, зокрема організацію хірургічної стоматологічної допомоги населенню;
- основи права в медицині;
- права, обов'язки та відповідальність лікаря хірурга-стоматолога;
- показники роботи лікувально-профілактичних закладів;
- сучасні методи діагностики, клініку та лікування хірургічної патології щелепно-лицевої ділянки;
- загальні питання нормальної та патологічної анатомії, фізіології, біохімії, мікробіології;



Місяць	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Середнє значення
Місто первин	21 7	95	86	7	18 5	86	15 8	44	38	21	25 5	27 8	1 2 2 4 7 5 0
Місто всього	23 7	272	18 6	28	32 9	17 9	25 7	67	70	50	36 7	31 0	1 9 2 6 3 5 0 2
Село перв	14	32	14	2	14	10	29	6	6	0	13	9	1 2 4 4 9 2
Село всього	14	60	16	2	14	36	39	7	30	52	15	13	2 4 2 9 8 3
К-сть роб змін	39	52	20	9	47	50	42	20	55	34	54	45	3 8 4 6 9 7 2
Невідкл	18	66	18	0	24	14	12	3	32	17	52	36	5 4

одна д-га							8			8			69,42
Всього відвідувань	251	332	202	30	343	351	360	156	384	212	382	323	33,217
Всього первинних	231	127	100	9	199	224	261	96	254	131	268	287	18,2875
% первинних	46,3323	201,8416	20,0788	30	28,439	31,858	34,36	17,977	32,971	17,785	32,3254	42,6256	32,9349
Всередньому за зміну	34,18788	31,76364	40,4	3,333	36,356	35,351	39,52381	22,91667	34,909	18,89394	34,8667	35,8778	36,81086
% невідкладної допомоги	0	0	0	0	10,12658	0	99,2	6,2294	13,15789	0	22,2222	15,38462	16,6667
Видалено зубів всього	275	367	208	11	368	380	402	161	419	227	383	322	32,59233

														58
Видален о при ускл.кар ієс	24 9	307	17 8	11	30 8	34 1	38 5	14 8	35 3	20 4	36 2	30 7	30 7	31,5735
Видален о при пародон титі	26	60	30	0	60	39	17	13	50	23	21	15	15	293,5540
Операці ї всього	46	41	26	2	50	42	33	15	51	29	48	39	39	354,127
Операці ї гострі зап.проц еси	37	29	16	0	34	21	23	6	30	17	28	35	35	237,060
Інші операції	9	12	10	2	16	21	10	9	21	12	20	4	4	121,4167

Лікар-хірург стоматолог вищої кваліфікаційної категорії повинен приймати активну участь в науково-практичних конференціях, мати друковані праці, приймати участь в роботі обласного відділення асоціації стоматологів України.

Аналізуючи таблицю №1 результатів роботи стоматолога-хірурга за п'ятирічний період роботи слід відмітити, що загалом було прийнято 2352 чоловіка міського населення, з них 1470 первинних та 298 чоловік сільського населення, з яких 149 чоловік первинних. Відпрацьовано 467 робочих змін, на яких обслуговувались 3326 відвідувань, з яких 2187 первинних.

Відомо, що до стоматологічної патології, яка потребує невідкладної допомоги віднесено: періостит, перикороніт, гострий остеомієліт щелеп, альвеоліт, слинокам'яна хвороба, вивих зуба, його перелом, переломи

щелеп, вивих скронево-нижньощелепного суглоба, невралгія трійчастого нерва, карбункул і фурункул, флегмони та абсцеси ЩЛД.

Надання невідкладної допомоги вимагає від лікаря знань і вмінь по професійному огляду хворого, знеболення ЩЛД, виконання операцій видалення зубів, їх шинування, розтину каптура, або його висічення. Відсоток невідкладної допомоги, що надавалась стоматологом-хірургом за зміну в середньому складала 13,86%.

Лікарем за 5 років було видалено 3523 зуба, з яких 3153 було видалено з приводу ускладненого карієсу, 354 при запально-дистрофічній патології пародонта. Амбулаторних операцій було виконано 422, з приводу гострих запальних процесів ЩЛД – 276, інших – 146 серед яких (доброякісні пухлини ЩЛД).

Звертає на себе увагу нерівномірність розподілу навантаження хірурга на протязі року. Найменше навантаження припадає на липень, серпень, середні значення характерні для березня, квітня; найбільші навантаження спостерігалися у листопаді, грудні, січні, лютому. Максимум припадає на травень, червень, жовтень. Це можливо пов'язано з клімато-географічними особливостями району та трудовою діяльністю місцевого населення.

Робота виконана хірургом-стоматологом оцінювалась в умовних трудових одиницях. Всього за п'ять років – 11908,5 УОП. В середньому за один рік роботи – 2381,7 УОП. За робочу зміну – 25,5 УОП.

**Результати дослідження та їх обговорення.** В середньому щорічно хірург стоматолог пролікував 470,4 пацієнтів міського населення та 59,6 сільського. За 93,4 зміни була надана допомога 665,2 пацієнтам, з яких 437,4 первинних. Невідкладна допомога була надана у 33,26% випадків.

Щорічно проводились екстракції 704,6 зубів, з яких 630,6 з приводу ускладненого карієсу, а 70,8 з приводу захворювань пародонту. Операцій щорічно виконувалось у 84,4 випадках, з яких із приводу гострих запальних процесів 55,2.

**Висновки.** Як видно з аналізу отриманих даних, лікар-хірург стоматолог за 5 років виконав великий об'єм лікувальної роботи, яка вимагала глибоких знань з методів обстеження хворих, диференційної діагностики, мануальних навиків та вмінь.

Потрібно постійно підвищувати свою кваліфікацію, перебуваючи на передатестаційних курсах, підтверджувати кваліфікаційну категорію, застосовувати ефективні методи фармакотерапії.

**Summary.** Analysis of dental surgeon over time is an important factor for its professional activities, duties completeness, quality of surgical dental services.

## **РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ВИДІВ ПРИКУСУ СЕРЕД ЄВРОПЕЙЦІВ ТА КАВКАЗЦІВ**

Кривенко Людмила Станіславівна, Абрикосова Анастасія Сергіївна

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Назарян Розана Степанівна

Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої щелепно-лицевої хірургії та  
імплантології

Стоматологічний факультет

Харківський національний медичний університет

Харків, Україна

## **MALOCCLUSION PREVALENCE IN EUROPEANS AND CAUCASIANS YOUNG PEOPLE**

Ludmila Stanislavovna Krivenko, Anastasia Sergeevna Abrikosova

Scientific adviser: Doctor of Medical Science, Professor Rosana Stepanivna  
Nasarian

Department of Pediatric Dentistry, Pediatric Oral Surgery and Implantology  
Dentistry

Kharkiv National Medical University

Kharkiv

**Background.** The prevalence of pathology of an occlusion among children and teenagers grows every year. Today the most of European children have a distal occlusion. The mesial bite is only 7 %. The main reason of such pathology is climate. In hot climate people breathe with help of their mouth and this moulds protrusion of teeth. In the North people have direct occlusion with retrusion of frontal teeth. Formations of this or that form of a bite depends also on type of a structure of the head of representatives of different ethnic groups. For example, at the southern Altaians the brachicifalic shape of the head (67,89%), and at Caucasians - brachi- and mezocifalic forms prevails (in 47,56% and 40,24% of cases). The mesial occlusion meets at representatives of Mongolians (about 10% of the population) more often, and an open bite — at Negroids (also about 10% of the population). Character of food and feature of meal also affect development of different types of a bite. Europeans eat on right side of mouth more often than on left. So that it can form the crossed occlusion.

Thusly, the frequency of occurrence of different types of a bite depends not only on genetic predisposition, addictions of the child, but also directly depends on race of the person, living conditions in different climates and the food which people eat.

**The aim** of this study was to determine the prevalence of malocclusions in Europeans and Caucasians young people.

**Materials and methods.** Fifty two subjects (25 Caucasian and 32 Europeans, aged 18-22 years) were examined at Kharkiv National Medical University, Ukraine. Molar relationship, overjet (OJ), overbite, midline deviation, crossbite were recorded.

**Results.** According to the classification of Angle, the prevalence of Class I, Class II division 1, Class II division 2, and Class III malocclusions was 43.5, 20.5, 8.4, and 5.8 per cent, respectively in Caucasians, and 40.4, 22.5, 20.8 and 3.2 per cent respectively in European. An increased OJ was present in 18.5 per cent of Caucasian, in 20 per cent of European; 4.5 per cent of Caucasian, 2.7 per cent of European had a reverse OJ. 25.8 per cent of Caucasian, 29.2 of Europeans had an increased and 6.0 per cent of Caucasians, 8.4 per cent of Europeans had a very deep overbite.

**Conclusions.** The prevalence of Class II malocclusions was comparable between Caucasians and Europeans; however, the Class II division 2 malocclusions were more often in European population. Other malocclusions did not differ a lot.

**Summary.** Our research data like to show how many types of occlusion depends on both the race and the living conditions, climate, diet and cultural peculiarity. Features of development of those or other malocclusions of different nationalities is an important diagnostic value. Our study aimed to track malocclusions of students, representatives of Ukraine, European countries and the Caucasians, who study at the Kharkiv National Medical University. The problem of pathology of an occlusion is very important and significant, so that we suppose that our investigation is exhibitivе.

## ІНТРАЛІГАМЕНТАРНА АНЕСТЕЗІЯ У ПІДЛІТКІВ

Лайош Наталія Василівна

Науковий керівник: д.мед.н., проф. Клітинська О.В.

Кафедра стоматології дитячого віку, стоматологічний факультет

## **INTRTRALIHAMENTARNA METHOD OF ANESTHESIA IN TEENAGERS**

Layosh Natalia

Scientific leader: prof. O.V. Klitynska

Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry

Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

**Актуальність теми.** Основними завданнями знеболювання є забезпечення комфортного стану пацієнту під час оперативних втручань та створити оптимальні умови для роботи лікаря-стоматолога. Основні вимоги до знеболення – адекватність та безпека його використання. Безболісні маніпуляції в дитячому та пубертатному періоді розвитку набувають особливої уваги, оскільки відсоток поширеності захворювань, які потребують маніпуляцій, що супроводжуються больовими відчуттями за останнє десятиріччя суттєво збільшився.

Розробка та запровадження в стоматологічну практику нових знеболюючим анестетиків та методів їх введення значно підвищило ефективність та якість знеболювання. Цікавими є парадонтологічні способи знеболювання, які дозволяють знеболити не лише тверді тканини зуба, а й пародонт, м'які тканин, які покривають альвеолярний відросток, тим самим розширюється зона проведення безболісних медичних втручань, зокрема різновид інфільтраційної інтрасептальна анестезія.

**Мета дослідження.** Провести аналіз літературних джерел відносно питань знеболювання у підлітків, визначаючи переваги та недоліки різних методів ін'єкційної анестезії.

**Матеріали та методи дослідження.** Вітчизняні та зарубіжні джерела наукових публікацій стосовно ефективності питань знеболювання при проведенні стоматологічних втручань.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вивченню клінічної ефективності інтрасептальної анестезії на стоматологічному прийомі у пацієнтів віком 18-72 роки були присвячені наукові розробки відомих вітчизняних та зарубіжних авторів. Розроблені покази до застосування даного методу місцевого знеболення, до яких відносять знеболювання етапів ортопедичного відновлення дефектів коронок фронтальних зубів, дані рекомендації щодо об'єму знеболюючого розчину та визначені місце уколу; доведено, що інтрасептальна анестезія є ефективним способом знеболення при препаруванні різців та премолярів обох щелеп.

Використання провідникової анестезії, особливо на нижній щелепі не завжди оправдано, що спонукало до пошуків нових методів знеболення.

Використання інтрасептальної анестезії у дітей потребує: чіткого знання анатомії зубо-щелепної системи у різні вікові періоди, досконалого знання фармакокінетики місцевознеболюючих засобів, аналізу та оцінки психоемоційного стану пацієнтів та порогу чутливості зі встановленням можливості виконання знеболення враховуючи стан макроорганізму.

Особливу увагу приділено питанням підвищеної емоційної напруженості на стоматологічному прийомі, наявність стомато- та шприцوفобії у більшості пацієнтів у пубертатному періоді, який характеризується психічною лабільністю за рахунок гормональної перебудови організму. У 91% пацієнтів віком 14-18 років на стоматологічному прийомі відмічається підвищена психоемоційна напруженість.

Зовнішній вигляд голки для ін'єкції (коротка 0,8см та діаметр 0,4мм) позитивно впливає на психоемоційний стан пацієнтів, зменшуючи страх перед маніпуляцією; очікування вколу голкою посилює психоемоційне реагування пацієнта, у нього виникає стан напруженості, тривоги та дуже сильного страху, що супроводжується загостренням чутливості та зниженням ефективності знеболення. Для попередження таких реакцій лікар повинен проводити укол максимально непомітно, відволікаючи пацієнта.

За даними багатьох авторів, ефективність знеболення залежить від емоційно-особистостних відносин між лікарем та пацієнтом, від статі, віку та антропометричних даних, які визначають значення індекса Кетле. При підвищеній тривожності (більше 46) та зниженні індекса Кетле (менше  $20 \text{ кг/м}^2$ ) ефективність інтрасептальної анестезії знижується.

Доведено, що інтрасептальне знеболювання артикаїнвмісними анестетиками з низьким вмістом вазоконстриктора (1:200000) є ефективним та безпечним для проведення знеболення у пацієнтів віком 14-18 років при нетривалих стоматологічних втручаннях на нижній щелепі: лікування неускладненого карієсу, при цьому ефективність складає 97,1%. В той же час, при більш тривалих та травматичних втручаннях, особливо у підлітків з недостатньою масою тіла за індексом Кетле (менше  $20 \text{ кг/м}^2$ ) ефективним є використання 4% розчину артикаїну з концентрацією епінефрину 1:100000 об'ємом 0,4 - 0,6 мл.

Серед місцевих показів до проведення інтрасептальної анестезії лікування неускладненого та ускладненого карієсу, необ'ємні хірургічні втручання (наприклад, видалення тимчасового зуба в період фізіологічної

зміни). Протипоказами є запальні захворювання слизової оболонки порожнини рота (гінгівіти, стоматити), гострий періодонтит, загострення хронічного періодонтиту, періостит щелеп, остеомієліт та інші.

**Висновки.** Інфільтраційні методи знеболювання у підлітків під час проведення амбулаторних стоматологічних втручань є методом вибору, його використання залежить від об'єму проведення втручання, віку та загального стану пацієнта, при відсутності протипоказів.

Перевагами використання інфільтраційного знеболювання є: простота проведення, невелика кількість анестетика, що вводиться (0,4-0,6 мл); швидкий та глибокий знеболюючий ефект, який настає впродовж 1 – 2 хвилин та триває 35-40 хвилин; достатньо рідкі випадки виникнення системних та місцевих постін'єкційних ускладнень (наприклад, відсутність оніміння м'яких тканин та інші); візуальна адекватність засобів для проведення даного виду знеболювання.

**Summary.** To conduct the analysis of literary sources in relation to the questions of anaesthetizing of teenagers, determining advantages and lacks of different methods of injection anaesthesia. Advantages of the infiltration anaesthetizing include simplicity of leadthrough, rapid and deep anaesthetic effect which comes during 1 – 2 minutes and lasts 35-40 minutes; rare cases of complications; it is the method of choice during the leadthrough of ambulatory stomatological interferences of teenagers.